



Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire

Mickael Balc, Mickaël Blanchet

► To cite this version:

Mickael Balc, Mickaël Blanchet. Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire. Géographie. Université d'Angers, 2011. Français. NNT: . tel-00847253

HAL Id: tel-00847253

<https://theses.hal.science/tel-00847253>

Submitted on 23 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mickaël Blanchet

**POLITIQUES DE LA VIEILLESSE DANS LA REGION PAYS
DE LA LOIRE**

Thèse de Doctorat de Géographie soutenue le jeudi 7 avril 2011

Ecole Doctorale DEGEST

« Droit, Economie, Gestion, Environnement, Sociétés et Territoires »

Composition du Jury :

M. Yves Jean, Professeur de Géographie, Université de Poitiers, rapporteur

M. Jean-Marc Macé, Professeur de Géographie, CNAM Paris, rapporteur

M. François Madoré, Professeur de Géographie, Université de Nantes, examinateur

**M. Gérard Mauduit, Vice-Président du Conseil Général de Loire-Atlantique,
examinateur**

M. Christian Pihet, Professeur de Géographie,, Université d'Angers Directeur de Thèse

M. Jean Soumagne, Professeur de Géographie, Université d'Angers, Président du Jury

**UMR ESO 6590 – Espaces et Sociétés
Maison des sciences Humaines – 5, bis boulevard Lavoisier – 49 000 Angers**

REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier Christian Pihet, pour m'avoir encadré pendant ces années. Je le remercie pour ses conseils avisés et son soutien sans faille. Je remercie également François Madoré et Yves Jean de m'avoir fait l'honneur d'être les rapporteurs de cette thèse, mais aussi Serge Guérin, Jean Soumagne et Gérard Mauduit d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Entamé en mars 2006 et achevé en octobre 2010, le Doctorat aura été pour moi l'occasion de me familiariser avec les techniques de recherches et de servir l'intérêt collectif. La rencontre des personnes concernées par les politiques de la vieillesse aura été à ce titre très enrichissante. Les personnes âgées, les élus et les salariés, par leur enthousiasme et leur dévouement, ont contribué à ce projet de recherche. Merci à toutes ces personnes. Je tiens également à remercier les services de l'ARH Pays de la Loire, les Conseils Généraux et les administrations de Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Vendée, ainsi que les services de la CRAM, de la MSA Vendée de m'avoir octroyé les données nécessaires à la bonne réalisation de ce Doctorat.

Je tiens à remercier les élus et les services du Conseil Général du Maine-et-Loire et de la ville de Rezé ainsi que les différents employeurs qui m'ont permis de compléter mes revenus et d'enrichir mes expériences professionnelles tout au long de ces années.

Je tiens aussi à remercier Philippe Dubois ainsi qu'Alexandre Kych pour leurs documentations et leurs conseils statistiques. Un grand merci à Patrick Joly qui m'a aidé à approfondir ma maîtrise des logiciels cartographiques. Son aide ainsi que son enthousiasme auront marqué mon parcours. C'est également le cas des Doctorants ainsi que des personnels qui auront contribué à enrichir mon quotidien dans les murs de la MSH d'Angers.

Par leurs attentions, je souhaite remercier ma famille et mes amis. Merci à Patrick Blanchet, Marie-Pierre Picaud-Blanchet, Tristan Blanchet, Eloïs Blanchet, Françoise Le Berre, Bernard Valy, Marion Valy, Charlotte Valy, Alexandre Rialland, Frédéric Gibert,

Benjamin Delhomme, Jean-Emmanuel Mignaud, Eric Doux, Jérôme Jamin, Florence Borde, Patrick Pauvert, Isabelle Gablin, Stéphanie Meyre, Aurélien Salm, Boris Martin, et à tous ceux que je n'ai pas nommé mais qui se reconnaîtront, de m'avoir soutenu pendant ces années.

Enfin, je tiens spécialement à remercier celles qui n'ont cessé de m'encourager, Gaëlle et Suzie. Leur soutien, leur patience et leur joie de vivre quotidienne auront contribué à rendre moins ardue ma tâche.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE----- 10

PARTIE I – QUEL VIEILLISSEMENT POUR QUELS BESOINS GERONTOLOGIQUES DU TERRITOIRE ?----- 31

INTRODUCTION-----	32
METHODOLOGIE -----	33

CHAPITRE I – ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS PASSES ET A VENIR DU VIEILLISSEMENT DU TERRITOIRE REGIONAL ----- 37

1- Un vieillissement plus prononcé dans en milieu rural et sur le littoral-----	37
2- Pour quelles évolutions passées et à venir ? -----	45

CHAPITRE II – GEOGRAPHIE REGIONALE DES VARIABLES SOCIALES DETERMINANTES DANS LES RUPTURES DE LA VIEILLESSE ----- 50

1- Des femmes qui vieillissent plus longtemps-----	50
2- La structuration socio-spatiale des retraités des Pays de la Loire -----	54
3- Une propension à vivre seul qui croît avec l'âge et plus forte en ville -----	63
4- Les conditions d'habitation des personnes âgées -----	71
5- Les inégalités de revenus des personnes âgées -----	78

CHAPITRE III – TYPOLOGIES REGIONALES DES SITUATIONS DE DEPENDANCE ET D'ISOLEMENT AU GRAND AGE ----- 86

1- Typologie régionale des situations de dépendance -----	86
2- Typologie régionale des situations d'isolement au grand âge -----	93

CONCLUSION -----	98
------------------	----

PARTIE II : L'ACTION GERONTOLOGIQUE ENTRE POLARISATION BIO- MEDICALE ET CONTROLE DES DEPENSES ----- 99

INTRODUCTION-----	100
-------------------	-----

CHAPITRE IV – DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE POLARISEES SECTORIELLEMENT --- 105

1- Des processus sectoriels d'appartenance-reconnaissance inégaux-----	105
2- Des processus de décision et d'évaluation gérontologique bio-médicaux -----	119

CHAPITRE V – COMPROMIS ET CONSEQUENCES DES POLITIQUES GESTIONNAIRES ----- 131

1- Entre les financeurs : les conséquences du désengagement de l'Etat -----	131
2- La tutelle budgétaire comme vecteur de régulation locale de l'offre -----	142
3- Les rapports entre les financés : entre partenariat, pseudo-concurrence et concurrence -----	155

CONCLUSION -----	166
------------------	-----

PARTIE III – POUR QUELS EQUILIBRES ET DESEQUILIBRES GEOGRAPHIQUES ? -----	168
INTRODUCTION-----	169
CHAPITRE VI – LES ENJEUX TERRITORIAUX DE L’ACTION GERONTOLOGIQUE-----	170
1- Le territoire : un révélateur des inaboutissements politiques -----	170
2- Pour quelle territorialisation des institutions et des instances gérontologiques ?-----	180
3- Les politiques institutionnelles à l’épreuve de l’action gérontologique locale -----	189
CHAPITRE VII – POUR QUELLE REPARTITION ET STRUCTURATION GEOGRAPHIQUE DE L’OFFRE GERONTOLOGIQUE ? -----	210
1- Répartition et structuration géographique de l’offre gérontologique dans la Région Pays de la Loire -	210
2- Au final, une offre gérontologique inégale et déstructurée sur le territoire-----	246
CONCLUSION -----	253
 PARTIE IV - LES REGULATIONS LOCALES ENTRE L’OFFRE ET LES PERSONNES AGEES -----	254
INTRODUCTION-----	255
CHAPITRE VIII – LES INTERACTIONS GEOGRAPHIQUES ENTRE L’OFFRE GERONTOLOGIQUE ET LES PERSONNES AGEES -----	256
1- Sur le champ sanitaire : des demandes qui s’adaptent à l’offre -----	256
2- Des activités à destination des personnes âgées dépendantes hétérogènes sur le territoire -----	264
3- Les régulations géographiques de la dépendance -----	281
4- Une offre de proximité et sociale inégalement développée pour des demandes inégales-----	296
CHAPITRE IX – POUR QUELLES REGULATIONS SPATIALES EN SITUATION DE BESOIN ? --	310
1- Objectifs et méthodologie de l’enquête -----	310
2- Des modalités de recours dépendantes des conditions de vieillesse et du niveau local de l’offre -----	316
3- Des solidarités informelles inégales localement -----	324
4- Pour quelles régulations locales ? -----	333
CONCLUSION -----	341
 CONCLUSION GENERALE -----	343
BIBLIOGRAPHIE -----	351
LISTE DES ENTRETIENS -----	365
TABLES DES ILLUSTRATIONS -----	374
TABLE DES MATIERES -----	382
ANNEXES -----	387

GLOSSAIRE

ACTP	Allocation compensation tierce personne
ACP	Analyse en composantes principales
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AFNOR	Association française de normalisation
AGGIR	Autonomie, gérontologie – groupe iso-ressources (grille AGGIR)
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AURAN	Agence d'urbanisme de la région Nantaise
CAH	Classification hiérarchique ascendante
CCAS	Centre communal d'action social
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAV	Centre national d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche et de documentation en économie de la santé
CROS	Comité régional de l'organisation sanitaire

CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale de l'action sociale et des solidarités
DRASS	Direction régionale de santé et des services sociaux
DREES	Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRETFP	Direction régionale de l'emploi du travail et de la formation professionnelle
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	École nationale de la santé publique
GIR	Groupes iso-ressources
HID	Handicaps, Incapacités, Dépendance
HL	Hôpital local
HLM	Habitation à loyer modéré
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
LOTI	Loi d'orientation sur les transports intérieurs
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MSA	Mutualité sociale agricole
ORPAC	Office des retraités et des personnes âgées de Cholet

ORPAH	Office des retraités et des personnes âgées de Saint-Herblain
ORPAN	Office des retraités et des personnes âgées de Nantes
ORPAR	Office des retraités et des personnes âgées de Rezé
ORS	Observatoire régional de santé
PSD	Prestation spécifique dépendance
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAD	Services d'aide à domicile
SROS	Schéma régionaux d'organisation des services de santé
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USLD	Unité de soin de longue durée

INTRODUCTION GENERALE

La vieillesse, une notion relative

Selon le Robert, « *la vieillesse constitue la dernière période de la vie normale qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes* ». Bien qu'incontournable cette vision « médicale » de la vieillesse ne peut s'affranchir des variables humaines qui, tout au long de la vie, mettent différemment et inégalement les individus à l'épreuve du temps. En effet, il n'existe pas de cheminement biologique imperméable à toutes interventions exogènes qui confrontent l'individu à l'expérience. La vieillesse demeure une construction sociale : celle-ci dépend des rôles et des statuts qu'accordent les sociétés aux vieillards.

De cette dépendance aux variables sociales, on en déduit des interprétations et des conditions hétérogènes de la vieillesse. En effet, les systèmes sociaux diffèrent suivant les contextes historiques, économiques, culturels... Sous un angle historique, les travaux de J-P. BOIS (1988) illustrent cette relativité : « *Les termes vieillesse et vieillard désignent une réalité relative. Les sociétés historiques en se développant, se différencient et distribuent les individus en catégories d'âges auxquelles répondent des caractères identificateurs spécifiques* »¹. La variable temporelle ne constitue qu'un angle d'approche et ne suffit pas à expliquer ces différences : différentes variables (culturelles, économiques, politiques...) influent également sur les modes de vie des personnes âgées. M. LEVET-GAUTRAT (1985) s'interroge sur les valeurs et les rôles qu'accordent les sociétés à la vieillesse. Les contextes sociaux et leurs corollaires déterminent les spécificités de la vieillesse, ce qui relativise la vieillesse d'un environnement social à un autre. S'il est clair que les limites et les manières de vivre la vieillesse varient d'une société à l'autre, il est également un fait qu'elles sont tout autant relatives au sein d'une même société.

Fruit d'interactions sociales individualisées, la vieillesse ne peut être appréhendée que suivant une multitude d'approches (médicale, sociale, historique, psychologique...). Peu après guerre, le développement des sciences sociales a conduit les sociologues mais aussi les gériatres à s'interroger sur la vieillesse en tant que réalité biologique biaisée socialement.

¹ BOIS J-P., 1988, *Histoire de la vieillesse*, Nantes, Que sais je ?, Presses Universitaires de France, p.13.

E.J. STIEGLITZ, gériatre de formation, est le premier à avoir défini le concept de gérontologie sociale. Ce concept part du principe que la vieillesse et le vieillissement sont également la résultante d'une convergence de productions socialisées. C'est pourquoi, en qualifiant la gérontologie de « sociale », nous ne nous référerons pas à un courant idéologique particulier, mais à la partie du champ pluridisciplinaire de la gérontologie qui s'efforce d'étudier et de comprendre les aspects sociaux de la vieillesse et du vieillissement en les distinguant des aspects individuels (biologiques, psychologiques, physiologiques).

En France, il existe plusieurs acronymes qui caractérisent des rôles, des statuts et des représentations que l'on confère aux personnes âgées : vieillard, senior, retraité, dépendant, 3^{ème}, 4^{ème} âge... Plus que l'âge, la sortie de la période d'activité opère la principale distinction sociale, à travers le statut de retraité. C'est la raison pour laquelle, notre présente étude s'appuiera sur le seuil de 65 ans pour englober la catégorie des retraités. Néanmoins, au-delà de ce trait commun, la dernière période de vie est le témoin de différentes temporalités sociales et politiques. L'arrivée des incapacités physiques, plus fortes une fois 80 ans passés, contraint le cadre de vie des personnes âgées, jusque-là autonomes. Le transfert de ces prises en charge de la famille vers la collectivité a donné lieu à une vision bio-médicale de la dernière partie de la vieillesse avec l'avènement de la dépendance. En faisant le choix d'une prise en charge médicale au détriment d'une prise en charge plus métissée (considérant une approche sociale), les politiques ont objectivé la dépendance comme posture sociale de la dernière étape de la vieillesse. Il en résulte une crispation sociale caractérisée par un traitement médical rappelant aux yeux de la population l'omniscience de la mort.

La construction sectorielle et territoriale des politiques de la vieillesse

Jusqu'au début du 20^{ième} siècle l'assistance aux pauvres et aux personnes âgées était partagée entre les institutions hospitalières publiques et les œuvres privées². C'est après la seconde Guerre Mondiale que l'Etat élabore des politiques volontaristes (sous l'appellation sanitaire et sociale) en direction des publics fragiles. D. ARGOUD (1998) revient sur cette construction : « *Ce n'est qu'après la création de la Sécurité sociale que l'existence d'un champ sanitaire et social est explicitement mentionnée dans les découpages administratifs. Parler d'action sanitaire et sociale laisse une plus grande marge de manœuvre aux acteurs qui la*

² FELLER E., 2005, *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960*, Paris, Seli Arlsan, p.365.

*gèrent, en ne délimitant pas clairement de frontières »*³. Il rappelle que sous le jeu de la puissance publique les associations fédérant les œuvres privées ont négocié leur entrée dans la protection sociale sous l'appellation sanitaire et sociale.

Gérées par l'Etat jusque dans les années 1980, les demandes émanant des secteurs sanitaires et sociaux ont imposé aux politiques de rénover l'action publique par la diffusion de compétences sociales à l'échelle locale. Selon lui, les politiques publiques centralisées furent établies à partir de critères sectoriels. En effet, à partir des Plans, l'Etat régulait l'action sanitaire et sociale et contrôlait par la même occasion les enjeux corporatistes et sectoriels. Devant la montée des demandes et devant l'essoufflement géographique du modèle Jacobin, le gouvernement socialiste de 1981 s'appuya sur une politique de décentralisation dans le but d'établir des modes de régulation transversaux et locaux.

Or, selon D. ARGOUD (1998), le contexte de rigueur économique empêcha toute remise à plat de l'architecture d'action entre sanitaire et social, au profit d'une double logique sectorielle et gestionnaire : *« Dans ce contexte, la stratégie de l'Etat a consisté à se désengager de secteurs où sa tâche était rendue difficile par la raréfaction des ressources disponibles face à une augmentation des besoins. La logique qui a prévalu lors du partage de compétences montre qu'en fait de tels enjeux ont évincé toute réflexion sur les politiques sociales locales »*⁴. La loi du 22 juillet 1983 fixe les règles gérontologiques et opère une distinction entre l'Etat et les collectivités locales. Si les communes gardent leurs marges de manœuvre en matière d'action sociale, les Conseils Généraux profitent de cette réforme en prenant en charge la gestion des prestations d'aide sociale et le fonctionnement de la plupart des services et des établissements sociaux et médico-sociaux. Néanmoins, l'Etat garde son rôle de contrôle et se réserve une multitude de prestations relevant de la solidarité nationale. Au final, l'action gérontologique, officiellement compétence des Conseils Généraux, ressort divisée des lois de décentralisation : l'action sociale est déléguée aux Conseils Généraux, le versant hospitalier et médical de la vieillesse demeure sous la gestion de l'Etat.

³ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, CLEIRPPA, p.26.

⁴ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, CLEIRPPA, p.59

Toujours selon le même auteur, la décentralisation s'est traduite par un renforcement des clivages sectoriels qui traversent l'action gérontologique : « *La coupure entre le secteur sanitaire et le secteur social, telle que l'ont entérinée les lois de 1970 et 1975, a été accentuée par la décentralisation qui leur adjoint deux responsables différents* »⁵. En effet, la décentralisation fut dans l'incapacité de remettre en cause les héritages sectoriels et accoucha d'une mainmise de l'Etat dans la gestion des affaires sanitaires et d'un délestage des compétences sociales au profit du département⁶. Jugées exponentielles, les dépenses sanitaires et sociales s'inscrivirent dans les années 1980 dans des politiques de gestion nationales relayées à l'échelle locale par les collectivités et les administrations. Militant à la base pour une transformation du rapport entre l'Etat, le local et le citoyen, la décentralisation de l'action gérontologique accoucha d'un double paradoxe : le renforcement des secteurs qui composent l'action gérontologique et l'assujettissement du social à l'économique. Les années 1990 et les années 2000 marquèrent une volonté de renforcer les pouvoirs des Conseils Généraux à travers le financement et l'évaluation d'une nouvelle allocation à destination des personnes âgées dépendantes. Dans un premier temps, soucieux de maîtriser les dépenses sanitaires et sociales, l'Etat et les départements s'appuyèrent sur les réseaux et sur les prestations héritées des années 1970. Par la suite, au début des années 2000, le tournant de rigueur passé, sous couvert de développement, les acteurs sociaux et sanitaires militèrent auprès des gouvernements successifs afin d'augmenter et de structurer les moyens. L'abandon de l'ACTP (Allocation Compensation Tierce Personne) au profit de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) puis de l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie) relayés par une série de Plans et de lois (loi du 2 janvier 2002 et loi du 13 août 2004) conférèrent aux départements de plus grandes marges de manœuvre gérontologiques, notamment en matière de coordination et de régulation de l'offre.

Pour des raisons chronologiques, les recherches se sont arrêtées au 31 décembre 2009. Dans ce sens, la création des Agences Régionales de Santé au 1^{er} juin 2010 n'a pas été prise en compte le long des recherches.

⁵ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, CLEIRPPA, p.62

⁶ OLIVENNES D., BAVEREZ N., 1989, *L'impuissance publique*, Paris, Calmann-Levy, p.67.

De l'action gérontologique au système d'acteurs gérontologiques territorialisés

Selon le Robert, l'action se définit par « *le fait de produire un effet, une manière d'agir sur quelqu'un ou quelque chose* ». L'action gérontologique forme la somme des réponses institutionnelles, collectives et informelles qui répondent aux problématiques des personnes âgées. Dans ce sens, l'action gérontologique dépasse les cadres fixés par les politiques de la vieillesse.

De l'hôpital aux familles en passant par l'aide à domicile, l'action gérontologique recouvre un champ d'acteurs large et varié. Cependant, comme le souligne la Cour des Comptes, l'action gérontologique est subdivisée suivant les constructions et les héritages politiques⁷. La volonté politique de maîtriser les dépenses sociales s'est appuyée depuis les années 1980 sur ce processus de segmentation. A chaque problème, son secteur d'intervention. Afin d'y conserver ses intérêts sociaux et politiques, chaque cadre d'action a campé sur son positionnement sectoriel et législatif. Or cette hyper-sectorisation aboutit à un découpage toujours plus fin de l'espace de résolution des problèmes. A ce sujet, D. ARGOUD (1998) précise que « *Dans un premier temps, s'élaborent des savoir-faire dans des institutions qui s'occupent de tels problèmes sociaux. C'est à partir du développement de ce savoir-faire que se forme une discipline spécifique, qui justifie la spécialisation de l'institution. Cette seconde étape s'effectue avec l'appui des pouvoirs publics qui accompagnent ce mouvement de spécialisation en attribuant des financements et en élaborant des législations et des réglementations particulières. Cette phase d'institutionnalisation est enfin suivie d'une intégration en milieu ordinaire* »⁸. Le mouvement de subdivision sectorielle rend alors les régulations politiques limitées et ardues. De cette hyperspécialisation découle un éclatement systémique et géographique de l'action gérontologique dont il convient de comprendre les rapports internes (entre les acteurs, entre les secteurs) pour en mieux connaître les productions géographiques.

Selon le Robert, « *le système constitue l'ensemble des pratiques, des méthodes et des institutions qui forment dans le même temps une construction théorique et une méthode pratique* ». L'ensemble des acteurs qui compose la nébuleuse gérontologique nous conduit à

⁷ COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Paris, Cour des Comptes, Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, p.247.

⁸ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, CLEIRPPA, p.89.

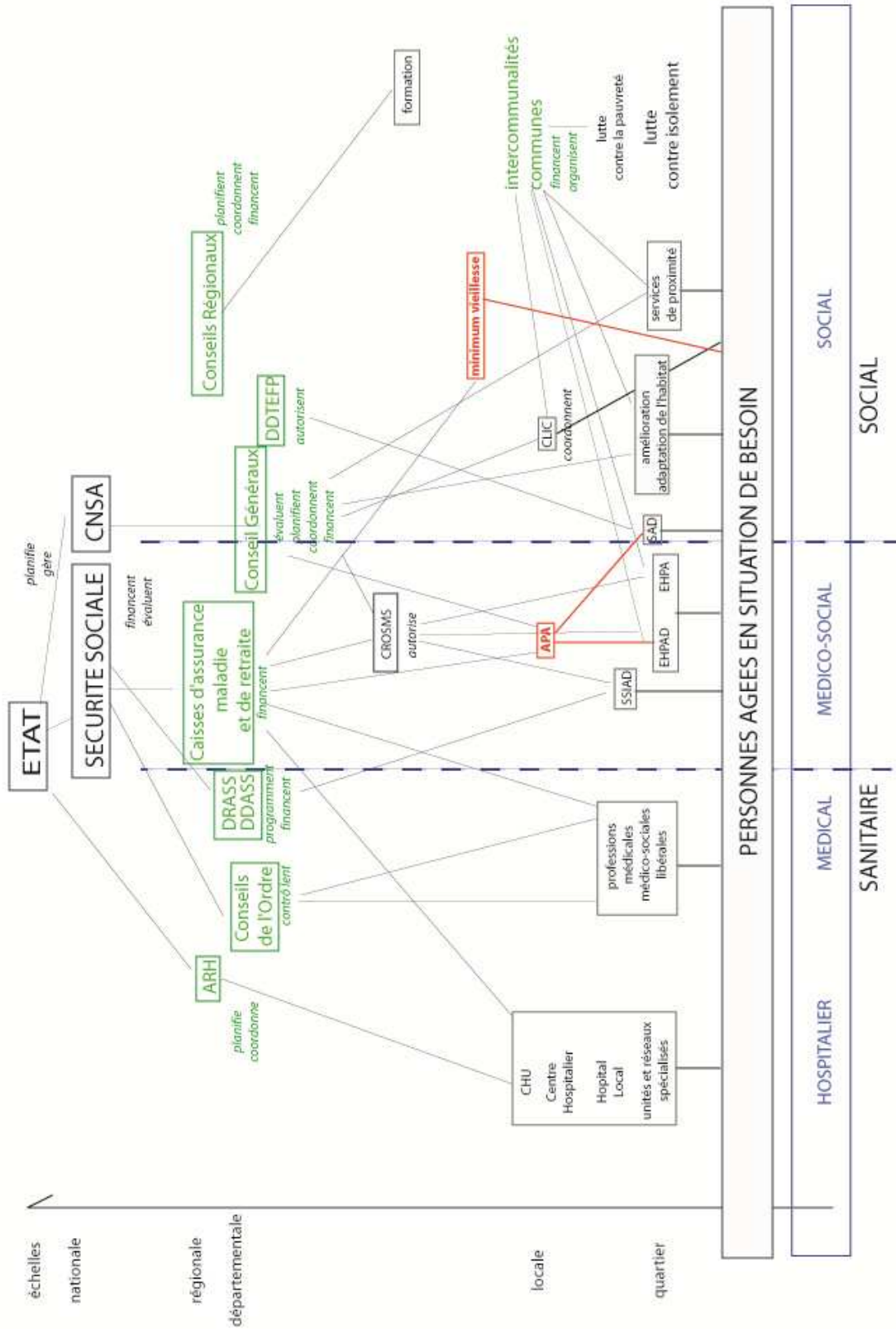
l'appréhender sous un angle systémique. Comme le rappelle H. MENDRAS (2001)⁹, la compréhension des systèmes impose une analyse des relations entre ses propres composants. On ne peut comprendre l'ensemble qu'en comprenant le rapport entre les parties et es composants et la façon dont ces composants sont agencés. Dans ce sens, J-C HENRARD (1999) expose ses principes relatifs à l'étude des systèmes d'aides et de soins aux personnes âgées : « *Ainsi la totalité est radicalement différente de la somme des parties. Pour mettre les composants en rapport les uns avec les autres, il faut d'abord qu'ils aient été définis précisément. A partir des éléments considérés comme significatifs, on peut tenter de reconstruire un schéma conceptuel de la réalité. C'est la notion de structure. Le chercheur découpe la réalité pour constituer le système à analyser* »¹⁰. Ainsi, en s'alignant sur cette méthodologie, la recherche se propose de s'appuyer sur quatre éléments qui structurent l'action gérontologique territorialisée :

- la filiation sectorielle et politique.
- le rôle et le positionnement de chacun dans l'élaboration et l'application des règles et des normes.
- les rapports économiques entre acteurs et les rapports géographiques.
- les rapports à l'espace géographique et aux territoires administratifs.

⁹ MENDRAS H., 2001, *Eléments de sociologie*, Paris, Armand Colin, p.120-137.

¹⁰ HENRARD J-C., ANKRI J., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Saint-Quentin en Yvelines, ENSP, p.11.

Figure 1 : Le système d'acteurs gérontologiques territorialisés



Des recherches sur les interactions géographiques

C. PIHET estime que le vieillissement de la population présente un intérêt géographique du fait, « *des significations sociales, des réalités spatiales et des modes de vie qui découlent du vieillissement de la population et qui permettent la réalisation d'une approche géographique des populations âgées* »¹¹.

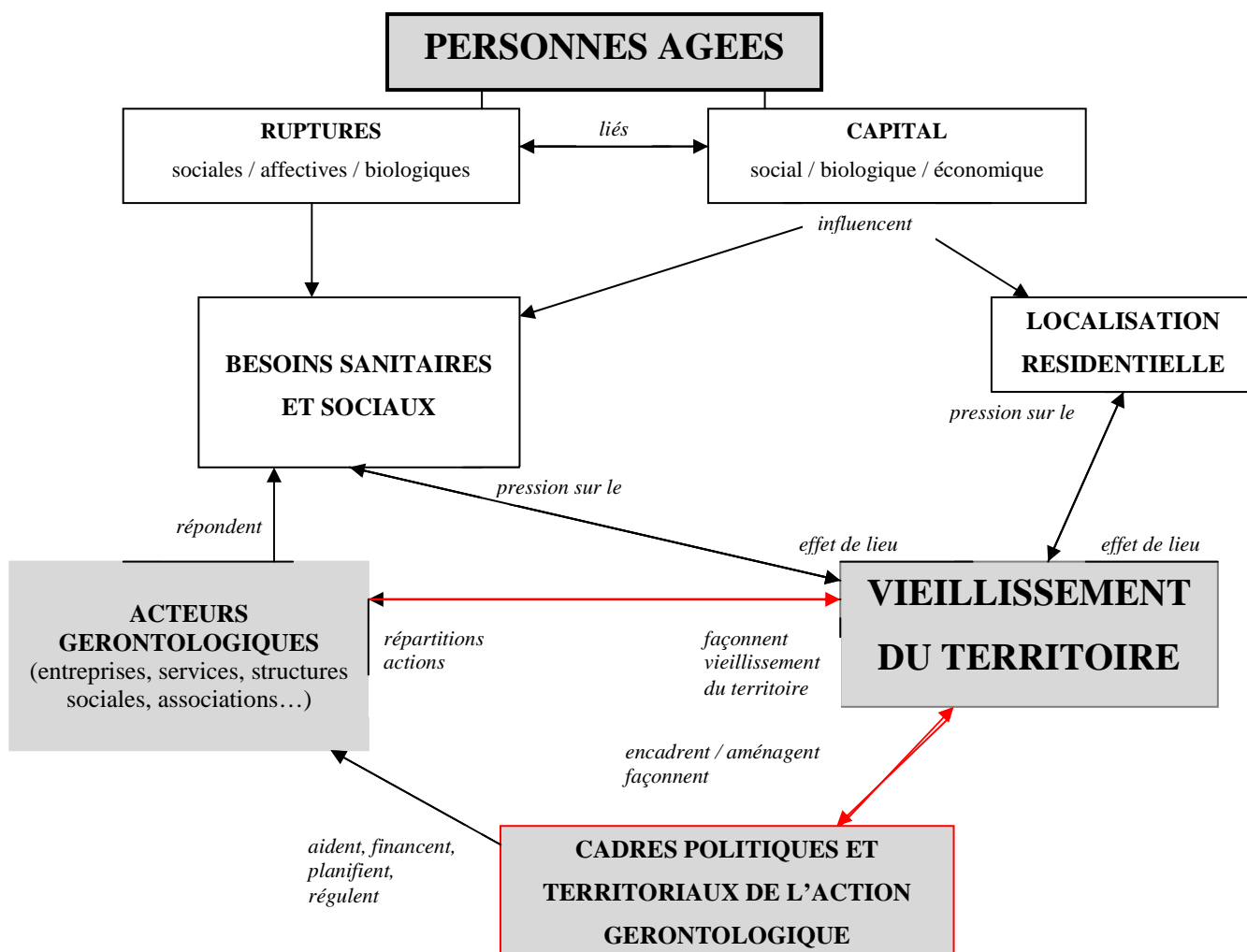
Selon le Robert, « *l'acteur est celui qui produit un effet, qui agit sur quelqu'un, quelque chose* ». La notion d'acteur gérontologique, renvoie à la capacité d'agir sur les problématiques gérontologiques. Dans le cadre de notre étude, c'est le positionnement des acteurs gérontologiques vis-à-vis de l'architecture politique et territoriale qui nous intéresse. Selon C. PIGEASSOU (2001), c'est dans cette pluralité de rôles, de représentations et d'appartenances qu'il doit être appréhendé.¹² Prendre en compte les relations interindividuelles entre acteurs participe à un meilleur décryptage des stratégies de l'action et de l'effet structurant des cadres politiques et territoriaux qui la régissent. Le décryptage de ces systèmes d'action gérontologique se heurte dès lors à une question de taille : quelle échelle d'analyse ? D'un point de vue territorial, la thèse distingue l'échelle institutionnelle de l'échelle locale. A l'échelle institutionnelle sont renvoyés les acteurs qui élaborent, régulent et financent l'action gérontologique. A l'échelle locale sont renvoyés les acteurs en relation directe et quotidienne avec les personnes âgées en besoin. Dans ce sens, il est nécessaire d'accorder un grand intérêt aux systèmes gérontologiques locaux pour analyser non seulement l'action locale mais aussi les chemins par lesquels les acteurs (locaux) intègrent les changements extérieurs : selon A. GIDDENS (1987) ces changements sont solidaires de l'exercice d'un pouvoir public et politique.¹³

¹¹ PIHET C., 2003, *Populations âgées et milieux géographiques. Dans deux régions atlantiques, les Pays de la Loire et la Nouvelle-Angleterre*, Angers, Habilitation à diriger des recherches, CARTA, p.6.

¹² PIGEASSOU C., 2001, *Dynamiques, mutations et changements dans le sport. L'émergence des services sportifs*, Mirabel, in Montagnes Méditerranéennes, n°13, CERNOSEM, p.19-26.

¹³ GIDDENS A., 1987, *La constitution de la société, éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses Universitaires de France, p.143.

Figure 2 : Vieillissement du territoire, action gérontologique et interactions géographiques



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2006.

Afin de répondre aux besoins des personnes âgées, les politiques de la vieillesse s'appuient localement sur une multitude d'acteurs gérontologiques locaux. Réaliser une photographie de l'offre gérontologique locale et de son évolution sur le territoire met au révélateur géographique les politiques de la vieillesse. Les inégalités géographiques de répartition de l'offre gérontologique révèlent l'influence des orientations des politiques de la vieillesse sur la production territoriale de l'offre. Comme le soulignent J. MANTOVANI, S. CLEMENT, A. GRAND (2002), ce sont ces dynamiques territoriales issues des orientations politiques qu'il convient d'examiner, et ce afin d'établir dans un second temps,

les conséquences spatiales de ces modes de production de la vieillesse en tant qu'objet de l'action¹⁴.

Selon C. PIHET (2003), le système d'acteurs gérontologiques territorialisés est structuré selon la répartition des personnes âgées sur le territoire : « *Les systèmes d'acteurs se construisent à la fois autour des personnes âgées et en résultante de leur action directe. La gestion de la vieillesse représente un enjeu important pour les acteurs des collectivités territoriales, d'ailleurs formulé en termes de choix géographiques* »¹⁵. Dans son étude sur le vieillissement de la Région Pays de la Loire¹⁶, E. WALRAET (2004), montre l'opposition géographique qui existe entre le cœur urbanisé de la Région où le vieillissement de la population est peu prononcé, et les périphéries rurales et littorales où il constitue une caractéristique de ces territoires. Selon S. GOLANT (1990), réparties de manière inégale sur le territoire, les personnes âgées, suivant leurs caractéristiques sociales et biologiques, suivant leurs pratiques et leurs rapports sociaux, produisent des demandes et des besoins¹⁷. Pour y répondre, les politiques gérontologiques ont eu tendance à spécifier les réponses. Les politiques de la vieillesse ont entrepris une large ouverture aux structures privées, ont introduit de nouvelles normes d'action basées sur l'individu et ont consacré le département comme pilote politique et territorial. Ces mutations ont marqué l'action gérontologique ces dix dernières années. Si nombres de sociologues, politologues et économistes se sont penchés sur les conséquences de ces mutations, peu de géographes ont enrichis les connaissances en la matière. Dans une perspective de géographie sociale, cette thèse se propose de remédier à cette carence.

Les interactions entre le système d'acteurs gérontologiques territorialisés, les personnes âgées en besoin et le milieu géographique constituent le mobile géographique de cette thèse et s'inscrit pleinement dans une perspective de géographie sociale. A cet égard l'utilisation du terme **d'effet de lieu** par A. FREMONT, J. CHEVALIER, R. HERIN et J.

¹⁴ MANTOVANI J., CLEMENT S., GRAND A., 2002, *Les interactions entre l'offre et la demande gérontologique. Une enquête dans le département du Tarn*, Toulouse, CLEIRPA, p.2.

¹⁵ PIHET C., 2003, *Vieillir aux Etats-Unis. Une géographie sociale et régionale des personnes âgées*, Angers, Presses Universitaires de Rennes, p.15.

¹⁶ WALRAET E., 2004, *Vivre en ville ou à la campagne quand on vieillit*, Nantes, in Insee Etudes, n°29, Insee Pays de la Loire, p.1-4.

¹⁷ GOLANT S., 1990, *The Metropolitanization and suburbanization of the US elderly population : 1970-1988*, Université de Floride, in The Gérontologist, n°30, p.80-86.

RENARD (1984)¹⁸ convient en raison des inégalités et des ajustements qu'il suscite dans les milieux géographiques.

Plus largement ce travail doctoral s'interroge sous un angle géographique sur l'appréhension sociale et politique de la dernière période de vie dans un Pays où les usages sont centrés autour de la période d'activité. **Les processus de territorialisation et d'individualisation énoncés plus haut se sont-ils traduits par une adaptation socio-spatiale des politiques aux besoins des personnes âgées ou, au contraire, ont-ils engendré des décalages inédits ? A partir de la Région Pays de la Loire, quelles sont les interactions géographiques entre les politiques de la vieillesse, les personnes âgées en besoin et le milieu géographique ?** Cette problématique centrale a été complétée par un fort questionnement. Caractéristiques des réflexions sous-jacentes à la problématique de thèse, ces interrogations, structurées en 4 points, ont permis une recherche approfondie des productions géographiques des politiques de la vieillesse :

- quels sont les besoins des personnes âgées sur le territoire des Pays de la Loire ? Quelles caractéristiques géographiques ressortent de l'examen des besoins gérontologiques ?
- les politiques de la vieillesse, désireuses de s'adapter aux besoins de la personne, réussissent-elles à s'adapter aux besoins des personnes âgées sur le plan géographique et social ? Quelles sont les productions géographiques qui découlent, sur le versant de l'offre et des activités, des politiques de la vieillesse ? Que produisent les modes de régulation de l'offre gérontologique sur le territoire ? Sont-ils adaptés aux besoins des populations âgées ? Ces cadres, comment ont-ils évolué et quelles appréhensions ont-ils des besoins gérontologiques ?
- les spécificités sectorielles, sociales et territoriales ne débouchent-elles pas sur des décalages, des inégalités sectorielles, sociales et géographiques ? Dans une logique d'individualisation des réponses, la territorialisation de l'action gérontologique s'est-elle traduite par un décloisonnement sectoriel ?

¹⁸ FREMONT A., CHEVALIER J., HERIN R., RENARD J., 1984, *Géographie sociale*, Paris, Masson, p.161.

- quelle est la place, l'implication, le poids des acteurs gérontologiques (informels et institutionnels) et des personnes âgées au sein des cadres politiques et géographiques de l'action gérontologique ? Quels sont leurs marges de manœuvre et leurs comportements au sein du système d'acteurs qu'ils forment ?

Un plan de recherche structuré autour des besoins des personnes âgées

Le choix de la thèse a été d'inscrire les personnes âgées en besoins au centre. Le développement des politiques gérontologiques est issu de la volonté de problématiser puis de répondre à des problématiques sociales singulières. Le but recherché consiste à la fois à relever les interactions gérontologiques mais aussi à interroger le sens dans lequel ces politiques gérontologiques s'inscrivent. Les problématiques posées ainsi que les réponses qui en découlent sont le fruit de choix et de postures politiques. En insérant, les personnes âgées au cœur de la thèse, l'objectif consiste à appréhender les questions gérontologiques sous l'angle le plus politique qu'il soit.

Pour cela, les recherches sont découpées en trois temps. La première pierre de l'édifice repose sur l'analyse et la présentation géographique du vieillissement du territoire et de ses besoins. A travers la récolte d'une multitude de données, des problématiques gérontologiques telles que la dépendance et les situations de fragilité sociale et économique des personnes âgées ont pu être réalisées. Dans un second temps, les recherches se sont attachées à étudier le système d'acteurs gérontologiques territorialisés. Fruit d'un long travail d'information et d'entretiens, ces recherches ont permis de dégager les rapports et les postures d'acteurs qui structurent géographiquement l'action et l'offre gérontologique. En écho aux trois premières parties, l'ultime partie de thèse évalue les interactions spatiales entre l'offre et les personnes âgées afin de mieux re-situer la part des politiques, des personnes âgées et du milieu géographique dans la construction géographique des problématiques gérontologiques.

Figure 3 : Etapes de recherche sur les politiques de la vieillesse dans la Région Pays de la Loire

1^{er} axe de travail : travail d'évaluation du vieillissement du territoire régional et de ses besoins

Récolte des sources statistiques + calibrage à l'échelle régionale, départementale et intercommunale

- évaluation géographique du vieillissement du territoire suivant de nombreux critères : âge, sexe, mode d'habitation, conditions d'habitations, revenus, origine sociale...
- croisement territoriale et hiérarchique des variables décisives dans les processus de dépendance et d'isolement des personnes âgées

2^{ème} axe de travail : travail d'évaluation des interactions du système d'acteurs gérontologiques territorialisés

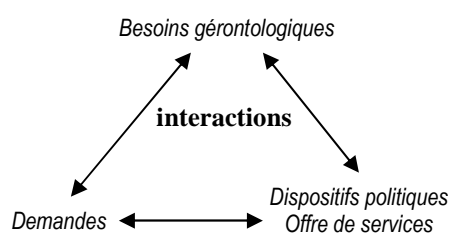
A partir d'entretiens :

- Travail d'évaluation géographique des rapports des acteurs gérontologiques avec :
 - le territoire et le vieillissement du territoire
 - les cadres politiques, juridiques et territoriaux qui fixent leurs activités
 - les autres acteurs gérontologiques sur leurs territoires et leurs champs d'actions
 - les problématiques gérontologiques (dépendance, isolement et pauvreté/précarité)

3^{ème} axe de travail : travail d'évaluation des interactions géographique de l'action gérontologique territorialisée

- Triple travail d'évaluation géographique sur les **rapports** et les **interactions** entre les besoins gérontologiques, la demande gérontologique et l'offre gérontologique :

- 1- évaluation de la répartition et de la structuration de l'offre gérontologique sur le territoire
- 2- évaluation des interactions entre l'offre, la demande et les besoins gérontologiques du territoire
- 3- évaluation sociologique et territoriale des rapports entre les usagers âgés et l'offre gérontologique



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Outils et Matériaux de recherche

Selon M. GRAWITZ (1996), la méthode forme « *l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre des vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie* »¹⁹. Se référer à des sources existantes participe à la structuration et l'avancement des recherches. Pour le chercheur, l'objectif consiste alors à canaliser, cibler les sources bibliographiques, statistiques, documentaires pouvant lui servir. « *Premier pas vers la conquête vers l'objet de recherche* »²⁰, ce type de collecte d'informations est indispensable. En effet, le chercheur prend systématiquement appui sur des travaux scientifiques, sur des sources statistiques, des archives existantes ce qui lui permet de comparer ces données. Ces sources sont multiple sur la forme : bibliographiques, documentaires, photographiques, cartographiques, statistiques... « *Incontournables dans l'analyse des interactions spatiales* » selon D.PUMAIN et T. SAINT-JULIEN (2001)²¹, les sources statistiques et cartographiques existantes ont concouru par une manipulation ciblée, ont rendu possible des comparaisons, des évaluations, des constatations statistiques et géographiques originales. L'utilisation des données des Recensements Généraux de la Population de l'Insee de 1999 et 2006 s'est traduite par une analyse socio-spatiale du vieillissement du territoire régional et de ses problématiques gérontologiques. A ce titre, l'octroi de données par âge du Recensement de 2006 de la part d'A. KYCH du Centre Maurice Halbwachs-ADISP (CNRS) et du réseau Quételet a été vitale dans la bonne conduite statistique des recherches. Les résultats et statistiques qui en découlent ont ensuite été confrontés aux données issues des institutions gérontologiques (Conseils Généraux, administrations) et à l'enquête auprès des personnes âgées. L'entretien ou l'enquête se substituent à l'information quantitative quand cette dernière n'existe pas. Le choix d'utiliser ces deux supports de recherche est le fruit d'une réflexion sur la notion d'acteurs. En effet, afin de cerner les rapports, les stratégies, les territorialités, et les enjeux inhérents à ce système et aux acteurs, l'entretien qualitatif apparaissait comme le support le plus souple. Plus qu'un questionnaire, l'entretien permet d'aborder de manière plus

¹⁹ GRAWITZ M., 1996, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, collection Précis, 10^{ème} édition, p.301.

²⁰ LOUBET DEL BAYLE J-L., 2000, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Toulouse, L'Harmattan, p.19.

²¹ PUMAIN D., SAINT-JULIEN T., 2001, *Les interactions spatiales*, Paris, Armand Colin, Collection Cursus, p.12.

fluide, plus fine et plus humaine la dimension « conflictuelle » qui caractérise les interactions socio-spatiales²².

Appuyé par les services gérontologiques, le questionnaire auprès des personnes âgées fut le support le plus commode pour éluder la part d'objectivation politique et géographique des problématiques gérontologiques. Comme le mentionnent S. GIROUX et G. TREMBLAY (2003), le choix du questionnaire auprès d'un public déjà fragile semble plus approprié : « *Il s'agit de bien formuler les questions et les modalités de réponses éventuelles selon que l'on mesure des pratiques, des comportements et selon le type de public interrogé* »²³. A l'instar des sources existantes et des entretiens, le questionnaire est le fruit d'un ciblage, d'un travail préparatoire axé sur l'hypothèse de base de ce travail. Sa diffusion à grande échelle dans les 6 échantillons territoriaux d'observation a rendu possible les comparaisons géographiques.

C'est à partir de l'utilisation et de la manipulation de plusieurs supports méthodologiques que se sont structurées ces recherches. Au lieu de présenter de manière exhaustive en introduction générale, les supports méthodologiques de cette thèse, les postulats méthodologiques seront présentés en introduction des trois prochaines parties. Ce choix est issu de la volonté d'inscrire la méthodologie dans un cheminement de recherche interactif et progressif.

Choix et présentation des territoires d'étude

Il n'est pas possible de répondre à l'hypothèse de thèse si cette dernière n'appartient à aucun cadre géographique déterminé au préalable. Notre étude est divisée en quatre échelles géographiques et administratives de référence : l'échelle nationale, régionale, départementale et locale.

²² GUMUCHIAN H., MAROIS C., 2000, *Initiation à la recherche en géographie – Aménagement, développement territorial*, environnement, Paris, Economica, p.242.

²³ GIROUX S., TREMBLAY G., 2003, *Méthodologie des sciences humaines, la recherche en action*, Sherbrooke (Canada), ERPI, coll. Sciences humaines, p.113.

En premier lieu, le choix de la thèse de se référer à l'échelle nationale est incontournable. En effet, l'Etat par ses fonctions d'édiction des normes législatives, politiques et économiques et par son organisation administrative déconcentrée tient une part prépondérante dans les orientations sectorielles et géographiques des politiques de la vieillesse.

A première vue, la prise en compte de l'échelle régionale dans une recherche sur les politiques gérontologiques peut susciter des interrogations. Le Conseil Régional n'intervient que partiellement sur le champ gérontologique (de manière indirecte à travers la formation médico-sociale et sociale). L'intérêt se situe ailleurs. La majeure partie des activités gérontologiques est organisée à cette échelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Caisse Régionale d'Assurance Maladie). Ensuite, le regroupement de plusieurs départements dans la Région présente un intérêt : il rend possible les comparaisons entre les politiques gérontologiques départementales. Enfin, cette échelle territoriale s'avère également intéressante dans l'observation gérontologique locale : la Région compte en effet plus d'une centaine d'intercommunalités, maillons infra-départementaux qui nous intéressent dans l'analyse du vieillissement du territoire et de l'offre gérontologique territorialisée.

Chef de file de l'action gérontologique, le département planifie et régule l'action gérontologique et a une position de financeur large sur l'action gérontologique locale (dépendance et coordination). De plus, il est doté de compétences sur l'habitat, la voirie et la mobilité qu'il peut associer à ses compétences gérontologiques. Enfin, nombre d'administrations importantes sur le champ gérontologique, comme la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ou la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle sont positionnées à cette échelle. De fait, l'échelle départementale se révèle précieuse dans l'étude du système d'acteurs gérontologiques territorialisés dans la mesure où une majeure partie des processus d'action, de planification et de financement de l'action gérontologique est concentrée à cette échelle. Les recherches n'ont concerné que 4 des 5 départements de la Région. Pour des raisons économiques, le département de la Sarthe ne constitue pas un territoire de recherche.

Enfin, selon, J. MANTOVANI, S. CLEMENT et A. GRAND (2002), « *L'échelle locale apparaît essentielle pour la compréhension des politiques gérontologiques et de productions géographiques. De ce point de vue le local se définit comme espace territorial infra-*

départemental à l'échelle duquel les solidarités informelles et les pratiques gérontologiques s'inscrivent dans un rapport singulier à une offre professionnelle et informelle »²⁴. On l'a vu, le local, échelle d'action directe des politiques gérontologiques, cristallise géographiquement les rapports entre les cadres des politiques de la vieillesse et les besoins gérontologiques du territoire. Echelle d'intensité des interactions, le local demeure essentiel dans la conduite de ces recherches. C'est pour ces raisons que le choix des six échantillons territoriaux d'observation s'est appuyé sur des critères rigoureux. Le premier choix a été de choisir l'intercommunalité comme maillon politico-administratif de référence. Une de mes premières observations a été de constater, à l'exception des communes de plus de 50 000 habitants, que les chalandises des acteurs gérontologiques s'établissaient sur plusieurs communes. En partant de ce constat, l'intercommunalité est apparue comme le maillon le plus adapté. Enfin, sur les quatre départements privilégiés de l'étude, le choix des intercommunalités tests repose sur des critères géographiques et démographiques. Ensuite, les critères géographiques ont pris le soin de distinguer différents types d'espaces (urbain, périurbain, rural et littoral) qui ont ensuite été soumis à des choix relatifs à la réalisation de la carte de représentation des plus 60 ans à l'échelle régionale. Le choix s'est donc porté sur une intercommunalité urbaine, une intercommunalité littorale vendéenne et trois intercommunalités rurales. L'intercommunalité urbaine retenue est celle de Nantes, la plus peuplée de la Région. Etudié lors de mon DEA²⁵, cet espace d'étude se révèle intéressant par ses inégalités socio-spatiales et géographiques.

Le choix de l'intercommunalité littorale et vendéenne du Pays de Saint Gilles Croix de Vie obéit à une volonté de sélectionner une intercommunalité littorale fortement vieillie. Enfin, le choix des intercommunalités rurales obéit à deux sélections : la première, démographique (vieillissement du territoire) et la seconde, géographique (représentativité de tous les départements). Dès lors, le choix des intercommunalités rurale marquées par le vieillissement s'est portée sur les intercommunalité du Canton de Baugé (Maine-et-Loire) et du Pays de Mayenne (Mayenne). Celui de la plus jeune sur l'intercommunalité du Pays de Pouzauges (Vendée).

Carte 1 : Départements et villes principales de la Région Pays de la Loire

²⁴ MANTOVANI J., CLEMENT S., GRAND A., 2002, *Les interactions entre l'offre et la demande gérontologique. Une enquête dans le département du Tarn*, Toulouse, CLEIRPA, p.2.

²⁵ BLANCHET M., 2005, *L'intégration socio-spatiale des personnes âgées dans la ville de Nantes*, Angers, sous la Direction de PIHET C., mémoire de DEA, Université d'Angers, p.149.

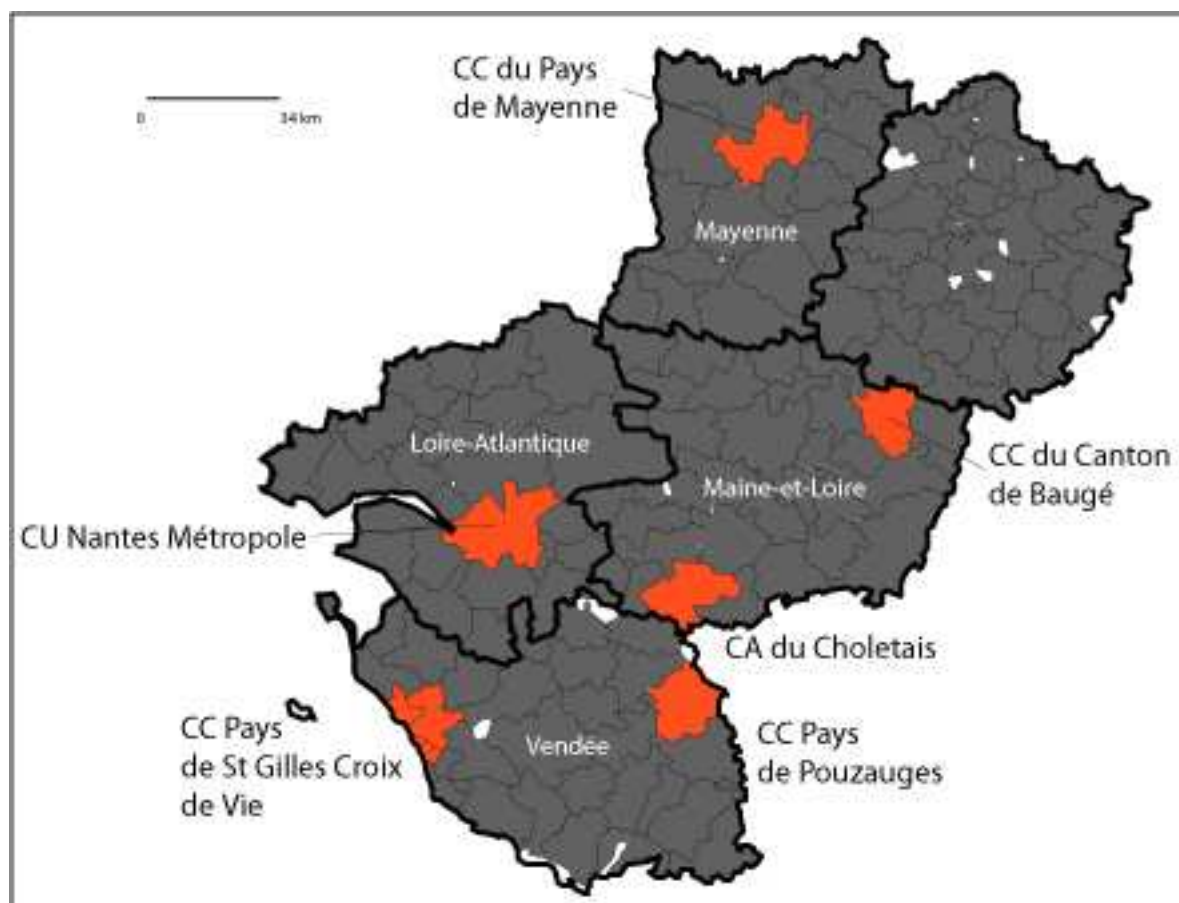


Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des échantillons territoriaux d'observation (en %)

	plus de 65 ans	plus de 82 ans	anciens agriculteurs	anciens indépendants	anciens CSP+	anciens ouvriers- employés	ménage de plus de 80 ans composés d'une seule personne
CU Nantes Métropole	18,0	6,4	2,2	7,9	30,0	59,9	45,0
CA Choletais	18,6	6,0	8,8	9,0	20,8	61,4	41,6
CC Canton de Baugé	27,8	11,0	36,1	7,1	13,7	43,1	38,1
CC Pays de Mayenne	20,5	7,7	32,5	10,2	13,3	44,0	44,2
CC Pays de Pouzauges	22,6	7,5	29,9	10,2	9,6	50,3	35,2
CC Pays St Gilles Croix de Vie	32,0	11,7	20,1	15,7	17,0	47,2	41,2

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Carte 2 : Echantillons territoriaux d'observation de la thèse et communes de l'intercommunalité de Nantes Métropole



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.



PARTIE I – QUEL VIEILLISSEMENT POUR QUELS BESOINS GERONTOLOGIQUES DU TERRITOIRE ?

INTRODUCTION

Notre quête de géographie sociale propose une entrée par le public auquel répondent les politiques de la vieillesse, les personnes âgées. Cependant, la présentation géographique du vieillissement du territoire n'aborde pas uniquement la répartition des personnes âgées suivant les seuils d'âge. Selon A-M. GUILLEMARD²⁶ (1972), P. PAILLAT²⁷ (1989) et, plus récemment, S. GUERIN²⁸ (2007), les pratiques et les profils de retraités sont multiples. La seule prise en compte de l'âge ne suffit pas à présenter les réalités socio-géographiques du vieillissement du territoire. Où sont localisées les personnes âgées sur le territoire ? Les personnes âgées sont-elles les mêmes sur le territoire ? Ces deux questions nous intéressent dans la mesure où elles appréhendent la répartition des variables biologiques et sociales décisives dans le processus de vieillissement. Pour y répondre, les recherches s'appuieront sur les répartitions spatiales puis sur une analyse multi-variée et hiérarchique de ces mêmes variables. Ces croisements donneront alors lieu à des projections typologiques des problématiques de la vieillesse. Ces projections spatiales constitueront une base d'appui solide dans l'évaluation et la compréhension des interactions entre le vieillissement du territoire et les cadres politiques et territoriaux de l'action gérontologique.

Le vieillissement d'un territoire se mesure selon la présence, la répartition géographique de personnes étant définies socialement comme « vieille » ou « en retrait ». L'examen régional du vieillissement du territoire s'appuiera sur les seuils démographiques **de 65 et 82 ans** (nous reviendrons le long de cette partie sur ces seuils). La réalisation des recherches et des cartes à des seuils d'âge précis a été possible grâce à l'aide d'A. KYCH du réseau Quêtelet. Cette aide a permis l'utilisation des données du RGP 2006 avant leurs publications en 2009. Ces seuils d'âges seront complétés par d'autres variables déterminantes comme l'âge, le sexe, le mode d'habitation, l'origine sociale, les revenus ou bien les conditions d'habitation. L'examen à l'échelle des départements et des intercommunalités de la Région de ces variables puis leurs analyses multivariées révéleront une géographie originale de la vieillesse et de ses problématiques (dépendance, isolement, pauvreté).

²⁶ GUILLEMARD A-M., 1972, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton, p.303.

²⁷ PAILLAT P., 1989, *Passages de la vie active à la retraite*, Paris, Presses Universitaires de France, p.34-68.

²⁸ GUERIN S., 2007, *Vive les vieux !*, Paris, Michalon, p.154.

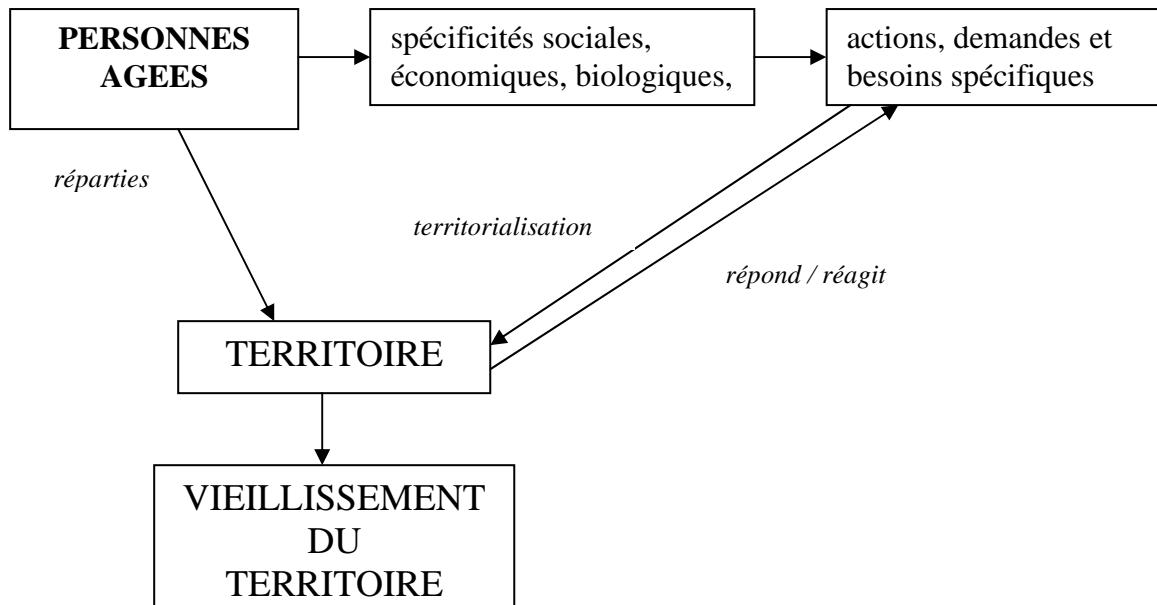
METHODOLOGIE

La France compte au premier janvier 2006 un peu plus de 62,9 millions d'habitants, soit quatre millions d'habitants de plus qu'en 1999 (58 520 688 habitants). Cette croissance démontre le dynamisme de la population française dans un ensemble européen où les populations éprouvent des difficultés à se régénérer démographiquement. Néanmoins, cette « régénération » ne doit pas cacher le caractère principal de la démographie française, c'est-à-dire le vieillissement inéluctable de sa population. A la même date, l'Insee²⁹ compte 10 208 400 de personnes âgées de plus de 65 ans soit, 16,2 % de la population totale. En se fondant sur le scénario central, C. BRUTEL (2001) de l'Insee estime que la part des personnes de plus de soixante ans dans la population totale atteindrait 27,3 % en 2020, 32,8 % en 2035 et 35 % en 2050 pour une population de 22,4 millions d'habitants. Selon ce même scénario, la population de 60 ans ou plus, qui augmente de 1,1 % actuellement, augmentera au rythme de 2,9 % jusqu'en 2050. Bien qu'il s'agisse d'une prévision, l'alimentation continue du nombre de personnes âgées est inéluctable au vu de la structuration actuelle des âges et des avancées biologiques qui prolongent la vie et la vieillesse.

Le **vieillissement du territoire** représente les interactions entre le milieu géographique et les spécificités générationnelles de la frange la plus âgée de la population. Cette définition s'inscrit dans une double posture de géographie sociale et de gérontologie. En effet, en attribuant à aucun des deux éléments l'exclusive causalité du processus mais en mettant au cœur les interactions qui existent entre eux, cette définition prend son sens dans l'analyse et la compréhension du système d'acteurs gérontologiques territorialisés. Par les spécificités (sociales, biologiques, économiques, politiques...) qui les caractérisent et qui leur sont attribuées, les personnes âgées se démarquent du reste de la population par des postures, des comportements, des demandes et des besoins originaux. Dans ce sens, nous nous référerons le long de cette partie aux variables décisives dans les problématiques de la vieillesse. Grace au RGP de l'Insee, l'âge, le sexe, le mode d'habitation, l'origine sociale, les conditions d'habitation et les revenus des personnes âgées seront cartographiés à l'échelle régionale et intercommunale.

²⁹ www.insee.fr

Figure 4 : Le vieillissement du territoire : un processus interactionnel



réalisation : BLANCHET. M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2007.

Octroyant « *une liste minimale d'informations reconnues comme fondamentales* »³⁰ et suivant un maillage territorial fin (de la France au Iris 2000), nous nous appuyerons sur les données du RGP de 1999 et 2006, sur les maillages intercommunaux et infra-communaux (agglomération de Nantes) pour rendre état du vieillissement de la population régionale. Les revenus des personnes âgées sont issus de l'enquête de 2005 de l'INSEE sur les revenus.

Selon D. NOIN et P-J. THUMERELLE (1995), la distribution spatiale de la population passe d'abord par la clarification de l'origine des sources statistiques et des unités géographiques. Une fois les résultats trouvés, ceux-ci sont soumis à de nouvelles manipulations qui précisent l'interprétation et rendront possible la cartographie (phase de discrétisation). Dans cette optique, il consiste, le plus fidèlement possible de réduire statistiquement les résultats donnés. Pour M. BEGUIN et D. PUMAIN (2000), la réussite d'une discrétisation passe par le respect de plusieurs composantes de la distribution des résultats « *cette notion a plusieurs composantes : l'ordre de grandeur du phénomène*

³⁰ NOIN D., THUMERELLE P-J., 1995, *L'étude géographique des populations*, Paris, Masson Géographie, p.13.

représenté, la forme de la distribution, sa dispersion et l'existence éventuelle de cas particuliers »³¹. En géographie, l'étude de l'ordre de grandeur d'une distribution se réfère principalement aux deux valeurs centrales suivantes : à la médiane et à la moyenne.

La dépendance ainsi que l'isolement au grand âge résultent de la conjugaison d'une multitude de variables générationnelles et sociales. Dans le but d'obtenir la photographie la plus nette possible de la dépendance et de l'isolement des personnes âgées, il convient de sélectionner, de hiérarchiser puis de croiser géographiquement ces variables décisives dans le déroulement de la période de vieillesse.

Figure 5 : Intérêts de la Classification Hiérarchique Ascendante (CAH)

La Classification Hiérarchique Ascendante (ou "par agrégation") procède par fusions successives des individus déjà existants. A chaque étape, les deux individus qui vont fusionner sont ceux dont la "distance" est la plus faible. La Classification Ascendante Hiérarchique (ou "CAH") considère initialement toutes les observations comme étant des individus ne contenant qu'une seule observation (singleton), et leur distance est alors le plus souvent définie comme étant leur distance euclidienne. La première étape consiste donc à réunir dans une comparaison à deux variables les deux observations les plus proches.

Puis la CAH continue, fusionnant à chaque étape les deux classes les plus proches au sens de la distance choisie.

Ce qui intéresse l'analyste n'est pas la hiérarchie, mais une **typologie**, c'est à dire une partition de l'ensemble des données en classes qui sont compacts, bien séparés les uns des autres et facilement interprétables. Une hiérarchie permet de construire beaucoup de typologies : toute section supérieure de l'arbre définit un ensemble de classes partitionnant l'ensemble des données (nœuds rouges dans l'image inférieure de l'illustration ci-dessus).

La construction de typologies à partir de hiérarchies doit résoudre deux problèmes :

- Construire la hiérarchie : Etant donné la distribution, quelle est la meilleure manière de la subdiviser en plusieurs classes homogènes, hétérogènes et hiérarchiques ?
- Choisir une typologie dans la hiérarchie : Etant donnée une hiérarchie, quelle section supérieure de l'arbre doit être retenue comme typologie finale ?

réalisation : BLANCHET. M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

³¹BEGUIN M., PUMAIN D., 2000, *La représentation des données géographiques. Statistique et cartographie*, Paris, Cursus Géographie, Armand Colin, p.86.

La Classification Hiérarchique Ascendante constitue une méthode susceptible de répondre à cette quête. La classification ascendante hiérarchique est une méthode de classification automatique utilisée en analyse des données. Elle fait suite à l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Le but de cette dernière est de dégager, suivant les inerties statistiques, les variables et les individus les plus décisifs de la matrice statistique. Une fois cette étape préparatoire terminée, le but de la CAH est, à partir d'un ensemble d'individus et de manière hiérarchique (entre les individus et les variables), son but est de répartir ces individus dans un certain nombre de classes les plus hétérogènes entre elles et les plus homogènes à l'intérieur d'une même classe.

CHAPITRE I – ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS PASSEES ET A VENIR DU VIEILLISSEMENT DU TERRITOIRE REGIONAL

1- Un vieillissement plus prononcé dans en milieu rural et sur le littoral

a- Conséquences biologiques et sociales du grand âge

Selon J-C. HENRARD et J. ANKRI (2003), « *La sénescence se caractérise par les changements progressifs dus à l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avancée en âge, entraînent un déclin des capacités d'adaptation de l'organisme pour maintenir ses fonctions internes face à des agressions extérieures telle que les maladies ou les accidents. Il en résulte un risque de mortalité accru. Le temps qui passe en est le facteur commun* »³². En somme, plus on vieillit, plus la probabilité de subir une ou plusieurs déficiences et de perdre de l'autonomie s'accroît. C'est ce qui ressort de l'enquête HID. Selon cette dernière, la morbidité croît avec l'âge : « *Avec le vieillissement, nombre de personnes âgées sont en butte à des problèmes fonctionnels qui se révèlent, pour certaines plus que d'autres, sources de perte d'autonomie dans les activités du quotidien (locomotion et équilibre, souplesse et manipulation, vue et orientation dans le temps). En effet, sur les 7,4 millions de personnes de 55 ans et plus qui présentent l'un de ces problèmes fonctionnels en 1999, une sur cinq subit des restrictions graves pour effectuer seule les activités élémentaires telles que : se nourrir, s'habiller... Toutes choses égales par ailleurs, les plus âgés, plus dépendant que la moyenne, présentent en plus grande proportion les problèmes particulièrement générateurs de restrictions d'activité* »³³. A ce sujet, le tableau ci-dessous³⁴ est éloquent : les taux de déficiences, quels qu'ils soit, progressent avec l'âge et augmentent de façon exponentielle lors de la période de vieillesse. Cependant, les différentes déficiences

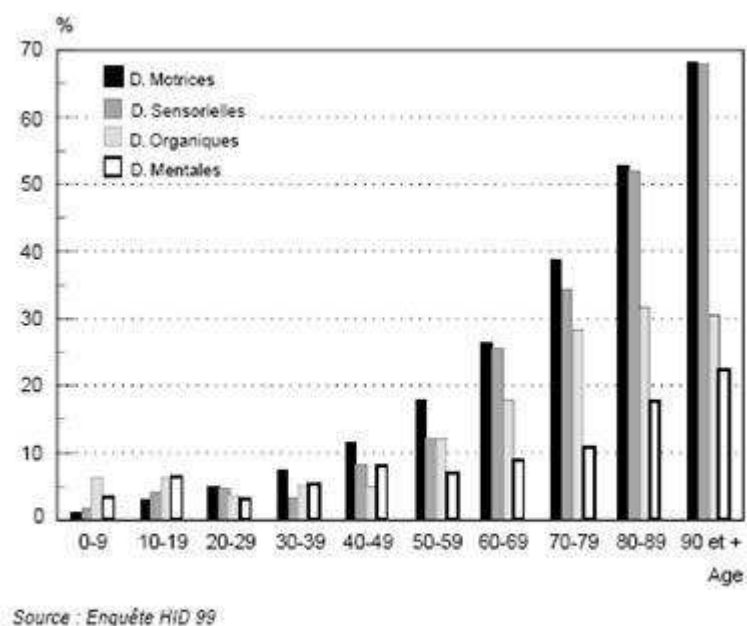
³² A NKRI J., HENRARD J-C., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Paris, Editions ENSP, p.19-22.

³³ CAMBOIS E., ROBINE J-M., 2003, *Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels*, Paris, DRESS, in *Etudes et Résultats*, n°261, p.1.

³⁴ MORMICHE P., 2000, *Le handicap se conjugue au pluriel*, Paris, Insee, in *INSEE Première*, enquête HID, n°742, p.3.

(à l'origine des incapacités) affectent de manières inégales les capacités des personnes âgées. Pour les plus de 60 ans la motricité demeure la plus répandue touchant plus de la moitié de la population après 80 ans et les trois quarts après 90 ans. Jusque-là moins diffuses, les déficiences sensorielles (en premier lieu la vue et l'ouïe) sont toutes aussi diffuses une fois 80 ans passés. Contrairement à ces deux types de déficience, les déficiences organiques, qui affectent un peu moins du tiers des personnes âgées, sont plus nombreuses jusqu'à 80 ans puis stagnent au-delà de cette limite d'âge. Enfin, malgré leurs proportions plus faibles, les déficiences mentales sont davantage solidaires des effets de l'âge et triplent de 60 à 90 ans, pour atteindre une personne âgée de 90 ans et plus sur quatre.

Figure 6 : Les déficiences par type et par âge (en %)



C. COLIN (2001) rejoint ces observations et rajoute que le seuil de 82 ans constitue un pallier significatif de la perte d'autonomie et d'incapacité chez les populations âgées : « *Les dernières données statistiques disponibles confirment qu'avant 80 ans, la perte de capacité et d'autonomie est relativement rare : moins de 5 % de la population est lourdement dépendante à chaque âge, et la proportion de personnes dépendantes augmente peu avec l'âge. En revanche, à partir de 80 ans environ, 82 ans plus exactement, la prévalence de la dépendance physique lourde se met à croître fortement avec l'âge, pour les hommes comme pour les*

femmes. (...) *La perte de capacité et d'autonomie mentale est également d'autant plus fréquente que l'on avance en âge, avec une hausse plus forte à partir de 80 ans* »³⁵. La relative proximité entre ce seuil et l'espérance moyenne de vie nous révèle que la période d'incapacité puis de morbidité est relativement courte (pas plus de dix ans) et tend à être repoussée en âge. Selon, différents gériatres et gérontologues, ce faible écart d'âge, que l'on nomme « *compression de la morbidité* »³⁶, est la résultante de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées qui présentent des déficiences physiologiques. Les résultats et les analyses de l'enquête HID prouvent qu'il existe un lien de corrélation entre l'avancée en âge et le processus de sénescence et que ce dernier est significatif après 82 ans. En dessous de cet âge, le degré d'incapacité reste moins élevé et peu diffus, tandis qu'au-delà de ce seuil les incapacités sont plus lourdes et surtout plus diffuses (de un tiers à quasiment la moitié de la population). L'étude géographique des besoins gérontologiques se doit de respecter ce rythme précis : en plus de dégager un âge clé susceptible d'établir une cartographie de la dépendance, cet âge nous permet également d'envisager les conséquences économiques et sociales (isolement, pauvreté/précarité économique) solidaires de la dépendance. **C'est la raison pour laquelle l'examen géographique du vieillissement régional et des politiques de la vieillesse s'appuiera, le long de la thèse, sur les seuils de 65 ans (pour la retraite) et de 82 ans (pour la dépendance).**

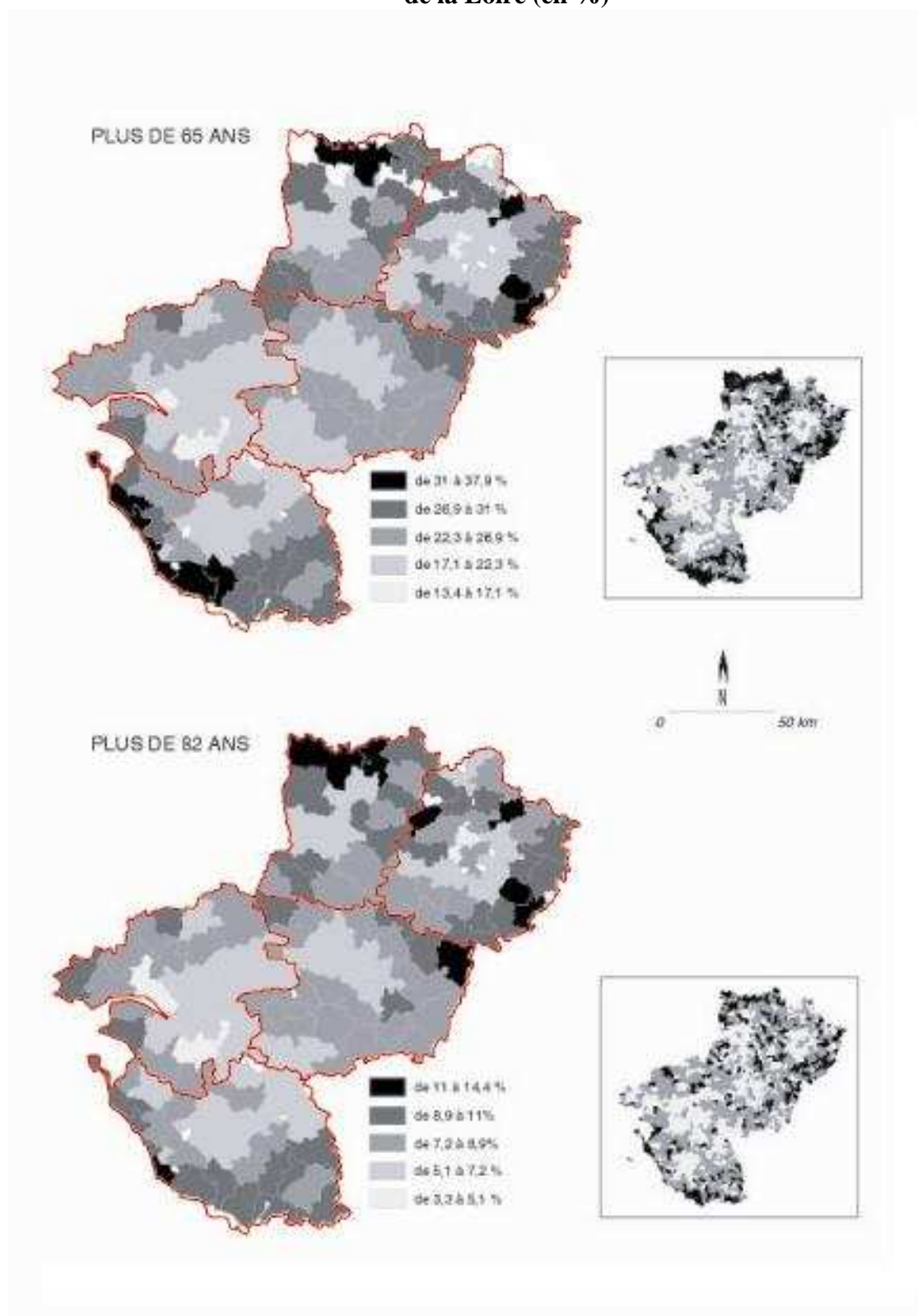
b- Un vieillissement régional périphérique

Au 1^{er} janvier 2006, l'Insee recense dans les Pays de la Loire 739 000 personnes âgées de plus de 60 ans et 240 000 de plus de 80 ans. Selon le recensement de 2006, les proportions démographiques des plus de 65 ans et de 82 ans sont respectivement de 20,3 et 7,6 %. C'est la Vendée qui est le département le plus vieux de la Région (24 % de plus de 65 ans et 8,7 % de plus de 82 ans) talonnée par la Mayenne (23,2 et 8,4 %) et la Sarthe (23 et 7,9 %) puis suivie par le Maine et Loire (20,2 et 7,4 %) et la Loire-Atlantique (19,5 et 6,8 %).

³⁵ COLIN C., 2001, *L'autonomie des personnes de 80 ans et plus*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRESS, in *Gérontologie et Société*, n°98, p.37.

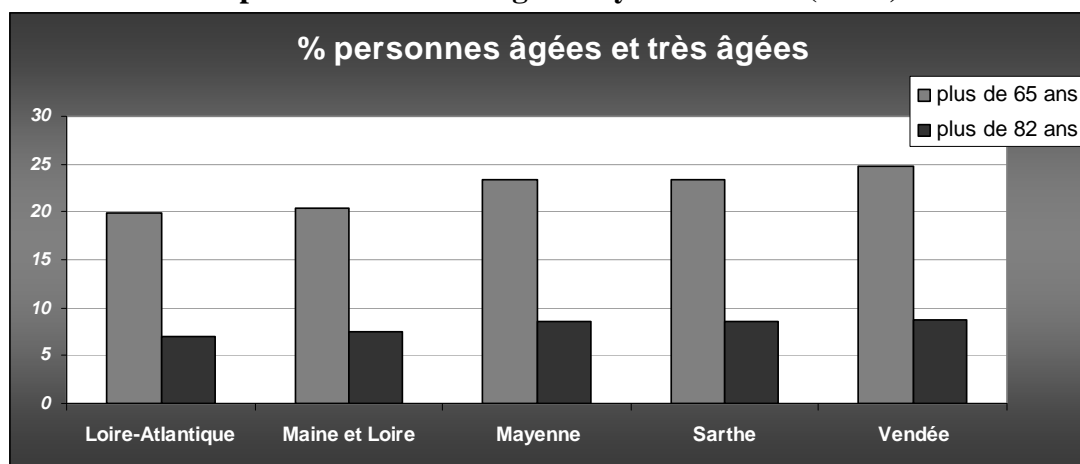
³⁶ SCHNEIDER E., BRODY J, 1983, *Aging natural death and the compression c morbidity another view*, Londres, in *The New England Journal of Medecine*, n°14, p.854-856.

Carte 3 : Vieillissement et grand vieillissement des intercommunalités de la Région Pays de la Loire (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Géographie Angers, 2008.
source : Insee Pays de la Loire – RGP 2006.

Figure 7 : Proportions démographiques des personnes âgées et très âgées dans les départements de la Région Pays de la Loire (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Géographie Angers, 2008.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 2006.

A l'échelle des intercommunalités, le vieillissement de la population oppose le cœur urbanisé et les périphéries littorales et rurales de la région. Selon l'Insee Pays de la Loire : « Plus du tiers des seniors vit dans l'espace rural, soit une proportion plus importante que celle observée pour l'ensemble des âges en Pays de la Loire (30 %), elle même nettement supérieure à la part de Français résidant dans l'espace rural (18 %). Cette surreprésentation des seniors ligériens dans le rural s'observe à la fois pour le rural hors littoral et littoral. Les seniors du rural hors littoral sont plus fréquemment très âgés. Le corollaire de la grande part de seniors dans le rural est leur relative désaffection pour les aires urbaines, à la fois pour les pôles urbains et les communes périurbaines. Dans ce domaine, hormis le poids important de la population rurale, la région s'écarte peu des tendances nationales ».³⁷ Sous-représentées avec moins de 20 % dans les intercommunalités urbaines (de plus de 50 000 habitants) et dans les intercommunalités périurbaines des trois agglomérations principales (Nantes, Angers et Le Mans), les plus de 65 ans représentent plus de 30 % de la population des intercommunalités littorales et rurales limitrophes (sud Vendée, est et nord Sarthe et Mayenne). La proportion dans la population totale des personnes très âgées, les plus de 82 ans, suit celle des plus de 65 ans, mais demeure plus tempérée dans les intercommunalités du littoral du fait de fortes migrations de « jeunes » retraités.

³⁷ WALRAET E., 2004, *Vivre en ville ou à la campagne quand on vieillit*, Nantes, in Insee Etudes, n°29, Insee Pays de la Loire, p.1-4.

c- Structuration locale du vieillissement de la population

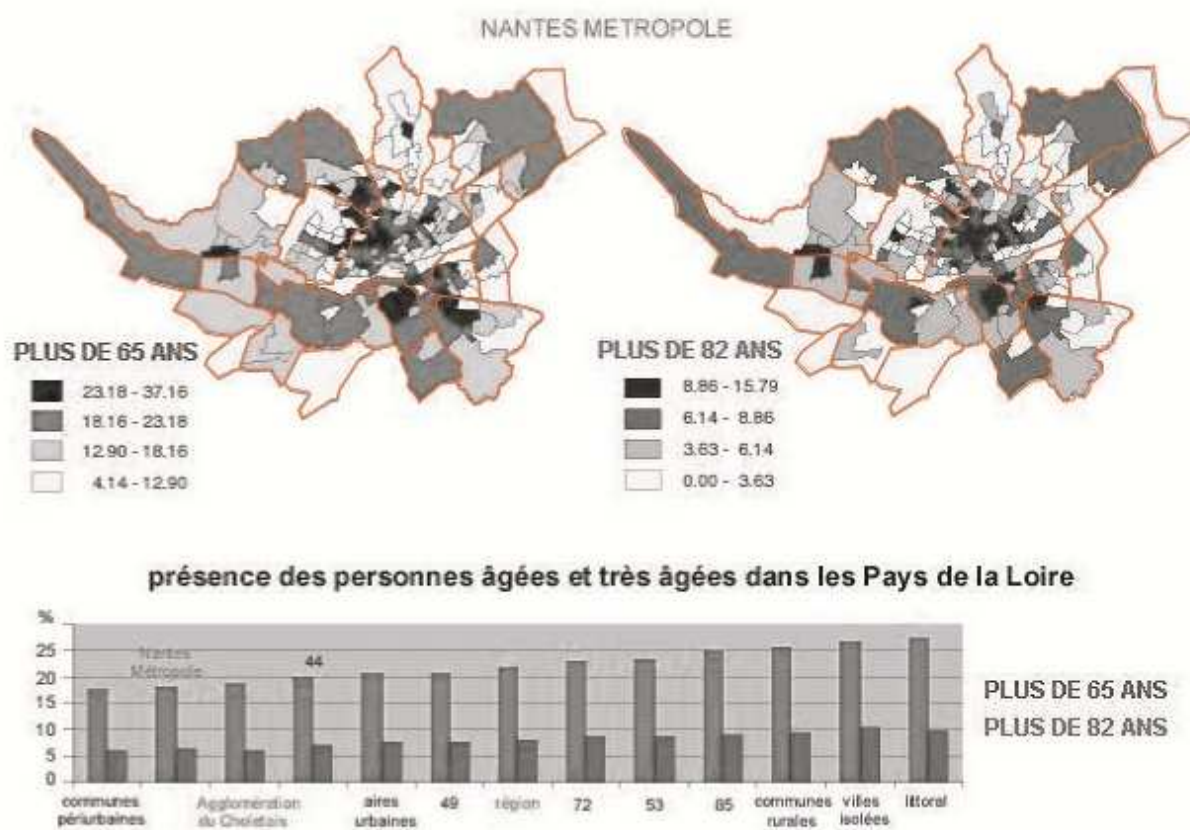
A une échelle plus locale, celle des quartiers, des communes et des intercommunalités, on observe en milieu rural des proportions démographiques de personnes âgées et très âgées plus fortes dans les communes les plus peuplées. Cette concentration est la conséquence de l'implantation locale des établissements sanitaires et gériatriques dans ces pôles ruraux. Les personnes âgées peu présentes dans les communes périurbaines où les moins de 20 ans et les actifs sont surreprésentés³⁸. A l'opposé, le vieillissement n'est pas uniforme au sein des communes et des quartiers urbains. Les intercommunalités urbaines de Nantes et de Cholet montrent aussi des proportions démographiques des personnes âgées et très âgées plus fortes en ville et plus faibles dans les communes de banlieue.

Sur la ville de Nantes, les personnes âgées et très âgées sont fortement présentes dans les quartiers centraux et péri-centraux (entre 26 et 32 % de plus de 65 ans et entre 8 et 11 % de plus de 82 ans) et peu présentes dans les quartiers périphériques de la ville : « *La répartition des personnes âgées en ville se traduit par la formation d'une onde de vieillissement qui culmine dans le péricentre et qui baisse progressivement en direction des limites de la ville* »³⁹. Une fois passée les limites de la ville Nantes, on observe que le vieillissement et le grand vieillissement augmentent dans les bourgs des principales communes de banlieue (Rezé et Saint-Herblain avec 30 % pour les plus de 65 ans et plus de 10 % pour les plus de 82 ans) et s'affaiblissent dans les communes de la seconde couronne de banlieue (moins de 12 % et de 4 % pour les plus de 65 ans et les plus de 82 ans).

³⁸ BLANCHET M., PIHET C., 2010, *Etat des lieux et enjeux du vieillissement de la population des Pays de la Loire*, Angers, in les Cahiers Nantais, sous la Direction de JOUSSEAUME V., p17-28.

³⁹ BLANCHET M., 2005, *L'intégration socio-spatiale des personnes âgées dans la ville de Nantes*, Angers, sous la Direction de C. PIHET., mémoire de D.E.A, Université d'Angers, CARTA, p.34.

Carte 4 : Vieillissement et grand vieillissement des communes et IRIS de l'agglomération de Nantes



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Géographie Angers, 2008.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 2006.

2- Pour quelles évolutions passées et à venir ?

a- Entre 1999 et 2006 : une progression plus forte du nombre de personnes très âgées au sein des espaces les moins vieilliss

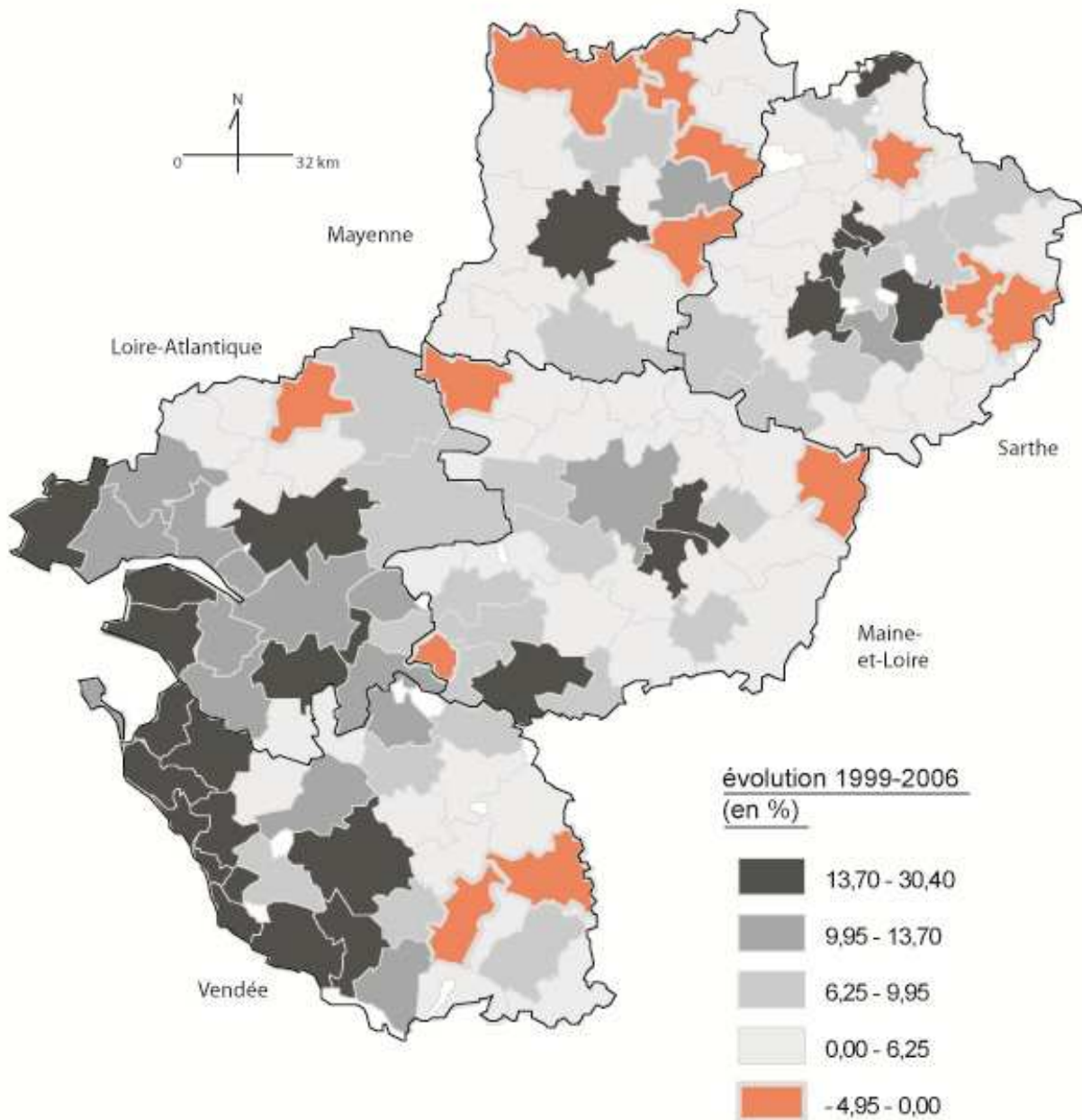
A l'échelle de la Région Pays de la Loire, le croisement de l'allongement de la durée de vie, de l'amélioration des conditions de vie et de l'arrivée à la retraite des baby-boomers a une double conséquence : le fort accroissement du nombre de personnes très âgées et l'arrivée massive de toute une génération (celle du baby-boom), à la retraite. Néanmoins, si ces perspectives démographiques valent pour l'ensemble du territoire régional, l'analyse de l'évolution des effectifs âgés et très âgés entre 1999 et 2006 montre que les territoires n'accomplissent pas de concert leurs cycles de vieillissement. Sur la même période, le nombre de ligériens âgés de plus de 65 ans est passé de 603 000 à 660 000, soit une augmentation de 9,3 % (augmentation annuel de + 1,3 %).

Tableau 2 : Evolution du nombre de personnes âgées et très âgées entre 1999 et 2006 (en %)

	plus de 65 ans	plus de 82 ans
France	9,3	24,2
Pays de la Loire	10,0	27,6
Loire-Atlantique	12,0	29,9
Maine et Loire	8,8	25,0
Mayenne		27,6
Sarthe	6,6	23,8
Vendée	13,0	30,8
Aires urbaines		
Pôles urbains	6,5	24
Communes périurbaines	18,6	36,9
Rural		
Pôles ruraux	12,7	31,7
Communes rurales	5	24,8
Littoral	16,9	27,5

réalisation : BLANCHET. M,
 Doctorat de Géographie, Université
 d'Angers, 2009.
 source : RGP 2006 - Insee Pays de la
 Loire.

Carte 5 : Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans entre 1999 et 2006 dans la Région Pays de la Loire (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Géographie Angers, 2008.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 2006.

Cette croissance supérieure à celle de la France est le fruit de croissances démographiques des personnes âgées très fortes dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée (respectivement de 12,0 et de 13,0 % pour les plus de 65 ans). A l'inverse, la croissance des effectifs de plus de 65 ans a été plus faible dans les trois autres départements de la Région, de 8,8 % pour le Maine et Loire à 6,3 % pour la Mayenne. Précisément, le nombre de personnes âgées et très âgées a surtout fortement augmenté dans les espaces où elles sont le moins présentes. C'est le cas des communes périurbaines, des pôles ruraux et des communes du littoral qui ont connu une forte progression du nombre de retraités et de vieillards sur leurs territoires : de 12,7 % (pôles ruraux) à 18,6 % (communes périurbaines) pour les plus de 65 ans, et de 27,5 % (communes littorales) à 36,9 % (communes périurbaines) pour les plus de 82 ans. De 6,5 %, la progression du nombre de personnes de plus de 65 ans a été plus mesurée dans les pôles urbains où le vieillissement de la population est plus marqué qu'en banlieue. A l'inverse, l'évolution des effectifs âgés et très âgés a été paradoxale en milieu rural. Si le nombre de personnes âgées de plus de 82 ans a progressé (24,2 %) de 1999 à 2006, le nombre de personnes âgées de 65-82 ans a, quant à lui, baissé et entraîné une faible progression du nombre de personnes de plus de 65 ans, voire dans certains cas, une baisse. C'est le cas des intercommunalités rurales du sud de la Vendée, des extrémités nord du Maine et Loire, du nord de la Mayenne et de l'est de la Sarthe.

Malheureusement, l'étude régionale de l'évolution entre 1999 et 2006 du nombre de personnes âgées demeure inachevée dans la mesure où l'analyse des dynamiques migratoires des retraités et des personnes âgées n'a pas été possible : limitée géographiquement, la variable relative aux « ménages retraités résidant sur une autre commune 5 ans auparavant » offre un éclairage incomplet des dynamiques migratoires des retraités sur le territoire. Dans le prolongement des travaux déjà réalisés par F. CRIBIER, F. DIELEMAN (1993)⁴⁰ et D. BESINGRAND, J. SOUMAGNE (2005)⁴¹, une prise en compte des échelles départementales et régionales aurait permis de mieux saisir les dynamiques migratoires des retraités et des personnes âgées qui se partagent entre héliotropisme, regroupement familial, anticipation du grand âge (regroupement dans les zones de densité) et entrée en institution.

⁴⁰ CRIBIER F., DIELEMAN F., 1993, *La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale*, Paris, in *Espace Populations Sociétés*, n°1, 1993, Paris, p.449.

⁴¹ BESINGRAND D., SOUMAGNE J., 2006, *Les seniors mobiles dans les petites villes Atlantiques*, Angers, in *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n°100, PUCA, p.56-66.

b- Vers une progression démographique du vieillissement et du grand vieillissement dans la Région Pays de la Loire

Le vieillissement de la population régionale s'inscrit dans un contexte démographique plus large. Celui d'une croissance forte à venir du nombre de personnes âgées et très âgées. Selon l'Insee Pays de la Loire, de 739 000 en 2006, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans atteindra 1 210 000 en 2030⁴², soit une croissance de 63 % et une représentativité démographique de 30,7 %. Dans cette hausse, c'est l'accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, entre 70 et 77 %, qui interpelle. En effet, les situations de dépendance se développent essentiellement au-delà des 80 annuités⁴³. Or selon l'Insee Pays de la Loire la forte progression des effectifs de plus de 80 ans dans l'avenir se traduira par une hausse très importante du nombre de personnes âgées dépendantes : 64 100 dès 2015 contre 51 920 en 2005 selon l'Insee Pays de la Loire⁴⁴.

Si les tendances observées se maintiennent pour la région des Pays de la Loire, le vieillissement de la population devrait s'accélérer⁴⁵. A la même date, plus d'un Ligérien sur trois sera âgé d'au moins 60 ans (ils seront plus de 1 200 000) contre un peu plus d'un sur cinq en 2000. L'augmentation la plus spectaculaire concernerait les personnes âgées de 75 ans ou plus. Leur nombre va plus que doubler en trente ans et en 2030 un habitant sur sept aura au moins 75 ans. Près de 70 000 personnes seront âgées d'au moins 90 ans⁴⁶. L'arrivée des baby-boomers ainsi, que l'augmentation annuelle de 2 mois de l'espérance de vie explique cette future croissance : selon l'Insee, en 2030, l'espérance de vie à la naissance avoisinera les 83 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes⁴⁷.

⁴² WALRAET E., 2004, *Vivre en ville ou à la campagne quand on vieillit*, Nantes, in Insee Etudes, n°29, Insee Pays de la Loire, p.1-4.

⁴³ COLIN C., 2001, *L'autonomie des personnes de 80 ans et plus*, Paris, in *Gérontologie et Société*, n°98, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRESS, p.37.

⁴⁴ LEBEAUPIN A., RABAUD J., 2007, *Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015*, Nantes, in Insee Etudes, n°53, Insee Pays de la Loire, p.1-4.

⁴⁵ RIEG Christelle., 2007, *Pays de la Loire en 2030 : 4 millions d'habitants*, Nantes, Insee Pays de la Loire, in Insee Etudes, n°61, p.3.

⁴⁶ LEBEAUPIN A., RABAUD J., 2007, *Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015*, Nantes, in Insee Etudes, n°53, Insee Pays de la Loire, p.1-4.

⁴⁷ SEGUIN S., 2008, *Les incidences du vieillissement de la population dans les Pays de la Loire*, Nantes, in Insee Etudes, n°70, Insee Pays de la Loire, p.3.

Selon l'Insee Pays de la Loire, le vieillissement de la population serait moins rapide dans les zones d'emplois centrées sur un chef-lieu de département où les jeunes ménages sont nombreux⁴⁸. En particulier dans les zones d'emploi de Nantes et d'Angers, moins de trois habitants sur dix seront âgés d'au moins 60 ans et plus d'un habitant sur cinq auront moins de 20 ans. À l'opposé, le long du littoral Atlantique, les populations vieilliront rapidement. Près de la moitié des habitants de Vendée-Ouest seront âgés d'au moins 60 ans et près de quatre sur dix dans la zone d'emploi de Saint-Nazaire. Les migrations de jeunes retraités sont à l'origine de cette situation⁴⁹. Aux confins de la Région, Vendée-Sud et Sarthe-Nord, marqués par la baisse démographique, plus de quatre habitants sur dix seront âgés d'au moins 60 ans en 2030.

⁴⁸ PETILLON Xavier., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, Insee Pays de la Loire, in Insee Dossiers, n°27, p.17.

⁴⁹ OMALEK Laurent., 2001, *Projections régionales pour 2030 : l'impact des migrations*, Insee, in Insee Première, n° 805, 4.p.

CHAPITRE II – GEOGRAPHIE REGIONALE DES VARIABLES SOCIALES DETERMINANTES DANS LES RUPTURES DE LA VIEILLESSE

1- Des femmes qui vieillissent plus longtemps

a- Les femmes plus exposées aux ruptures du grand âge

Autre variable décisive dans les processus d'incapacité, d'isolement et de précarité économiques des personnes âgées, le sexe. D'après E. CAMBOIS, A. DESEQUELLES et J-F. RAVAUD (2003), les femmes et les hommes âgés ne sont pas égaux face au handicap, « *Les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités que les hommes (12,6 ans contre 9,1 ans en 1991). Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet, des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents. En outre, à âge égal, elles souffrent plus souvent qu'eux d'incapacités. La plupart des pays ayant réalisé ce type d'étude aboutissent au même résultat* »⁵⁰. Les taux de prévalence de dépendance physique et psychique par sexe et âge issues de l'enquête HID, démontrent que les femmes subissent davantage la perte des capacités et d'autonomie. Selon J-M. ROBINE et P. MORMICHE, ce contraste s'est accru au profit des hommes ces dernières années⁵¹. D'après l'INSEE et le Crédoc, ces inégalités ont trois origines. Tout d'abord médicale, dans la mesure où le surplus de pathologies dues à l'espérance de vie plus longue des femmes favorise l'apparition d'handicaps. La seconde explication est économique : les femmes âgées sont moins riches que les hommes âgés⁵² ce qui se traduit par un moindre potentiel de réponses matérielles aux différentes déficiences.

⁵⁰ CAMBOIS E., DESEQUELLES A., RAVAUD J-F., 2003, *Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap*, Paris, in Populations et Société, n°386, p.1.

⁵¹ ROBINE J-M., MORMICHE P., 1993, *L'espérance de vie sans incapacité augmente*, Paris, in Insee Première, n°281, p.1.

⁵² BONNET C., BUFFETEAU S., GODEFROY P., 2004, *Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ?*, in Population et Sociétés, Insee, n°401, p.2.

Selon le Crédoc, les hommes ont tendance à sous-évaluer leurs incapacités⁵³. Néanmoins, au-delà de ces éléments d'explication, il demeure qu'en plus de ces contrastes d'incapacités entre sexe, les femmes sont, du fait d'une espérance de vie plus longue, davantage exposées à l'incapacité et à la morbidité. Et de fait, elles constituent la majorité des effectifs âgés concernés par cette situation. L'enquête HID montre, qu'en 1999 les femmes représentaient respectivement les deux tiers et les trois quarts des personnes âgées de 60-80 ans et de 80 ans et plus en situation d'incapacité⁵⁴. Or à la même date, elles représentaient démographiquement un peu plus des deux tiers de la population des plus de 80 ans. A cet égard, nous pouvons retenir la proportion de femmes au sein de la population âgée comme indicateur pertinent de l'évaluation géographique des besoins gérontologiques. S'ajoute aux enjeux de la dépendance, des inégalités de revenus et de sociabilité au grand âge suivant le sexe. En effet, selon différents sociologues^{55 56}, l'isolement se développe plus amplement chez les femmes pour les raisons suivantes : le veuvage, des revenus moindres, une espérance de vie plus longue et une faculté plus grande à développer des pratiques de repli social. Dans ce sens, n'ayant pas eu accès au travail, les femmes se retrouvent socialement défavorisées dans le développement et la recreation de liens sociaux à la retraite et demeurent assujetties économiquement aux conjoints.

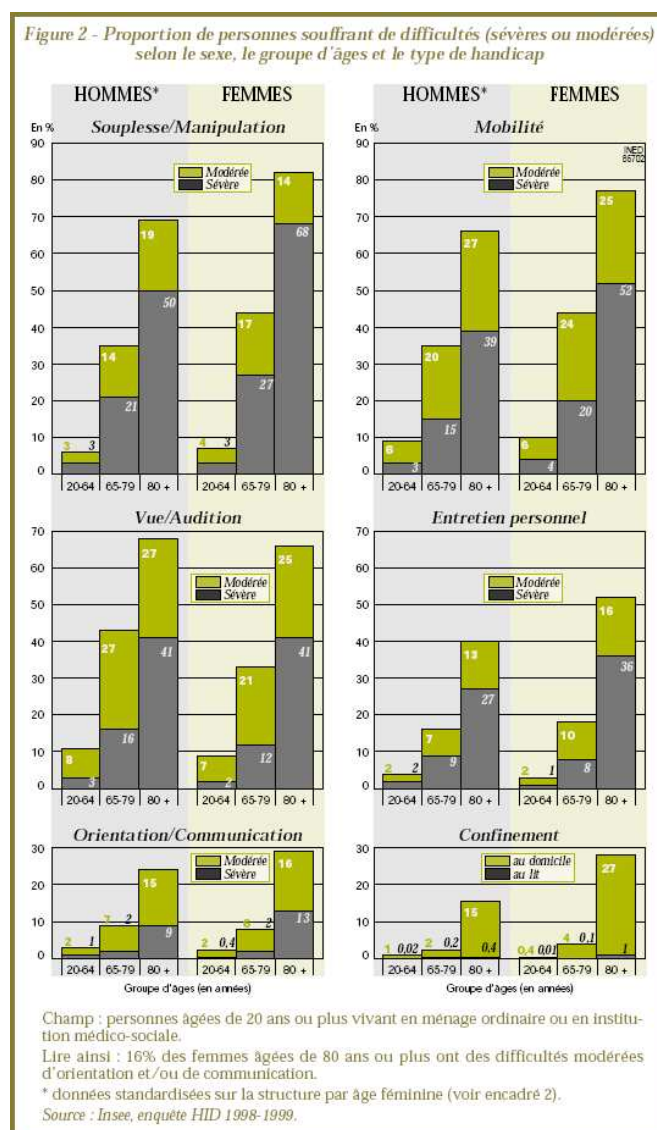
⁵³ OLM C., SIMON M-O., *Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches de la même réalité*, Paris, in Cahier de Recherche, Crédoc, n°110, 1997, p.32.

⁵⁴ COLIN C., COUTTON V., 2000, *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID*, DRESS, INSERM ? in Etudes et Résultats, n°94, 2000, p.2.

⁵⁵ LALIVE D'EPINAY C., CAVALLI S., BICKEL J-F., 2002, *De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie : un survol*, Genève, in Gérontologie et Société, n°102, p.25-40.

⁵⁶ PAN KE SHON J-L, 2003, *Isolement relationnel et mal-être*, Paris, division Etudes territoriales Insee, in Insee Première, Paris, n°931, 2003, p.2.

Figure 8 : Proportion de personnes souffrant de difficultés selon le sexe, le groupe d'âge et le type de handicap



b- Une répartition régionale des femmes âgées peu significative

En 2006, un peu moins des deux tiers (exactement 65,1 %) des personnes âgées de plus de 82 ans de la Région sont des femmes. Cette surreprésentation s'explique par une espérance de vie plus grande des femmes par rapport aux hommes (même si l'écart se resserre). Mais se traduit par une contrepartie sanitaire et sociale : à âge égal, les femmes sont plus exposées à la dépendance et aux risques d'isolement. D'entrée, on observe à l'échelle départementale, que le département le plus urbanisé, la Loire-Atlantique, affiche un taux de féminisation supérieur de 2,3 % à la moyenne régionale. Les autres départements ont tous un taux de femmes inférieur à la moyenne régionale. Géographiquement, les femmes de plus de 82 ans sont plus présentes dans les pôles urbains de la région (66,9 % contre 65,1 % pour la région, leurs proportions étant plus fortes à mesure que la commune est peuplée : de 64,1 % pour les communes de 10 à 50 000 habitants à 67,1 % pour les communes de plus de 100 000 habitants).

Pour les intercommunalités urbaines de la Région Pays de la Loire, la proportion démographique de femmes de plus de 82 ans croît à mesure que la densité de population augmente. C'est le cas pour l'agglomération nantaise où les femmes de plus de 82 ans sont très présentes (66,3 %). Précisément, elles sont moyennement présentes dans les communes de banlieue (respectivement 64 % et 63,1 % pour la première et seconde couronne de la banlieue nantaise) et très présentes dans les quartiers centraux et péricentraux de la ville de Nantes (plus de 69,6 %). Si les proportions de femmes dans la population âgée sont moyennes sur les intercommunalités rurales et littorales de la Région, on note aussi qu'elles sont moins élevées dans les intercommunalités périurbaines (61,2 % pour les personnes âgées de plus de 82 ans).

2- La structuration socio-spatiale des retraités des Pays de la Loire

a- Les catégories populaires surexposées à la dépendance

D'après C. MONTEIL et I. RORBERT-BOBEE (2005), les comportements et les conditions de travail déterminent la longévité. En aval, cette prégnance se traduit par de forts contrastes entre les catégories socio-professionnelles : « *en 1999, l'espérance de vie moyenne à 35 ans d'un ouvrier était de 43 ans, celle d'un cadre de 49 ans et celle d'un inactif non retraité de 36 ans* »⁵⁷, écarts qui, selon les auteurs, ont augmenté ces dernières années. De plus, selon la même étude on remarque que le sexe constitue un facteur déterminant de l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie socio-professionnelle d'appartenance. Si les inégalités face à la mort tendent à s'atténuer entre les catégories socio-professionnelles pour les femmes, elles tendent à s'accroître pour les hommes. En 1999, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre une ouvrière et un cadre était de 3 ans (respectivement de 47 et 50 ans), celui entre un ouvrier et un cadre était de 7 ans (respectivement de 39 et 46 ans).

A. MIZRAHI et A. MIZRAHI (2002) soutiennent que ces inégalités basées sur l'appartenance sociale et le sexe s'appliquent également au processus de morbidité, « *Au terme de ce travail, un vieillissement plus rapide de toutes les catégories sociales, par rapport aux cadres supérieurs, a été mis en évidence. Ce vieillissement prématuré et ses effets morbides s'échelonnent, selon les catégories sociales, dans le même ordre que la mortalité et sont plus marqués pour les hommes que pour les femmes* »⁵⁸. A partir de la notion de vieillissement relatif (notion intuitive de la morbidité estimée à partir des répercussions probables des maladies, des analyses biologiques et des épreuves fonctionnelles), les auteurs ci-dessus recensent les mêmes décalages sociaux que pour l'espérance de vie, « *Les professions se hiérarchisent dans le même ordre selon la mortalité et le vieillissement relatif, des cadres supérieurs qui ont les indices les plus favorables aux ouvriers qui ont les moins*

⁵⁷ MONTEIL C., ROBERT-BOBEE I., 2005, *Les différences sociales de mortalité*, Paris, in Insee Première, n°1025, p.3.

⁵⁸ MIZRAHI A., MIZRAHI A., 2002, *Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort*, Bourg la Reine, in Gérontologie et Société, ARGSES, n°101, p.78.

bons ; plus les groupes sont défavorisés, plus ils vieillissent vite et meurent tôt, l'effet étant plus fort pour les hommes que pour les femmes »⁵⁹.

En somme, les conditions de travail, de vie et les comportements qui précèdent la vieillesse influent sur le déroulement de cette dernière. Ainsi, les personnes âgées issues de catégories sociales plus modestes, par des conditions d'activités antérieures plus pénibles, des comportements sanitaires moins préventifs et des conditions de vie moins favorables (alimentation, sociabilité, accès...) sont davantage susceptibles d'être touchées par des incapacités lors de la période de vieillesse et plus tôt. Et inversement les populations plus favorisées par des conditions de travail moins pénibles, par des conditions de vie favorables à l'équilibre physique et psychique et par l'accès privilégié à l'information, la prévention et la prise en charge sont moins enclines à subir les incapacités de la vieillesse et quand elle les subissent, cela arrive en moyenne plus tard.

b- Origines socio-professionnelles et continuum social et économique

L'origine sociale du retraité conditionne également sa faculté sociale de faire face à la première rupture sociale qu'est le passage à la retraite et influence sa sociabilité et ses conditions économiques d'existence. Ainsi, selon C. DELBES et J. GAYMU (2003), les potentiels économiques des personnes âgées sont fortement tributaires de l'appartenance socio-professionnelle : *« Ce qui semble une évidence - les cadres sont dans une meilleure situation financière que les ouvriers - trouve ici sa valeur chiffrée : à 75 ans, les anciens cadres ont un revenu au moins double de celui des ouvriers »⁶⁰*. Solidaires des différences de revenus lors de la période d'activité, ces contrastes débouchent sur des potentiels et des niveaux de vie économique fortement inégaux suivant l'appartenance socioprofessionnelle. L'enquête 2001 de l'Insee sur les revenus fiscaux⁶¹ confirme ce constat : en 2001, les niveaux économiques de vie moyens par an sont de 10 650 euros pour les anciens agriculteurs, de

⁵⁹ MIZRAHI A., MIZRAHI A., 2002, *Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort*, Bourg la Reine, in *Gérontologie et Société*, ARGSES, n°101, p.8.

⁶⁰ DELBES C., GAYMU J., 2003, *La retraite. Quinze ans après*, Paris, Les Cahiers de l'INED, INED, p.31.

⁶¹ personnes en ménage ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est ni étudiante, ni militaire du contingent.

15 170 euros pour les anciens employés, de 13 290 euros pour les anciens ouvriers et grimpent à 26 630 euros pour les anciens cadres et professions intellectuelles supérieures. L'enquête logement 2001-2002 de l'Insee va dans le même sens puisqu'à cette date, la valeur moyenne estimée des logements appartenant aux ménages âgés passe de 91 000 euros pour les anciens agriculteurs et ouvriers à plus de 177 000 euros pour les anciens cadres et professions intellectuelles supérieures.

Tableau 3 : Niveau économique de vie des retraités selon l'origine socioprofessionnelle (par an en 2001 et en euros)

anciens agriculteurs	10 650
anciens artisans-commerçants-chefs d'entreprises	14 990
anciens cadres	26 630
anciennes professions intermédiaires	19 340
anciens employés	15 170
anciens ouvriers	13 290

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2008. source : Insee - 2001

De plus, les inégalités sociales face à la mort amplifient les inégalités économiques suivant l'origine socioprofessionnelle des retraités. En effet, les ménages les plus populaires sont plus souvent constitués d'une seule personne, inégalité qui se rajoute aux inégalités calquées sur la période d'activité. Logiquement, les inégalités économiques observées lors de la période d'activité se reportent sur la période de retraite. Se superposent à ces mêmes inégalités, des inégalités économiques et des inégalités face à la mort suivant l'origine sociale qui ont pour conséquence de faire baisser les revenus de la personne âgée veuve. Dans ce sens, il n'est pas étonnant de voir que les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté démontrent que les populations âgées féminines vivant seules issues des milieux populaires alimentent le réservoir des situations de pauvreté et de précarité⁶².

Dans le prolongement des travaux de la sociologue A-M. GUILLEMARD sur la retraite, l'origine sociale conditionne la sociabilité lors de la période de vieillesse. En effet, le capital social accumulé lors de la vie professionnelle et adulte se transpose à la retraite. Le positionnement sur l'échelle des décisions professionnelles et familiales conduisent l'individu

⁶² www.inegalites.fr

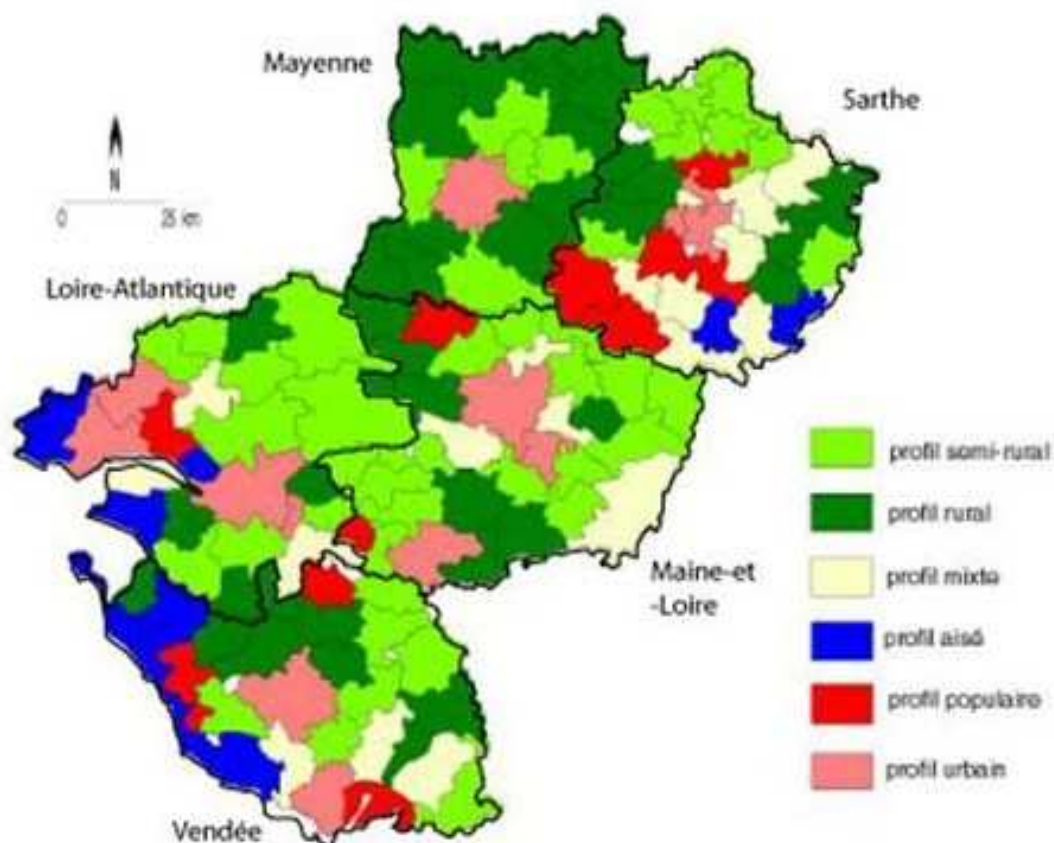
à opérer ou non des stratégies, des réactions en vue de maintenir sa sociabilité. A partir du RGP de 1999 (les données ne sont pas consultables pour 2006), il a été possible de dresser des typologies territoriales de retraités à l'échelle de la Région des Pays de la Loire et de l'agglomération de Nantes.

c- Structuration socio-spatiale des retraités de la Région Pays de la Loire

Selon l'Insee Pays de la Loire, les ménages retraités sont subdivisés en quatre catégories sociales : celle des anciens agriculteurs, celle des anciens cadres-professions intermédiaires - professions intellectuelles supérieures, celle des anciens artisans-commerçants-chefs d'entreprises et celle des anciens employés-ouvriers. A cette même date, les populations retraitées issues des professions ouvriers-employés sont majoritaires (53,6 %), suivies des anciens cadres, professions intermédiaires et intellectuelles supérieures (18,7 %), des anciens agriculteurs (18,1 %) et enfin des anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprises (9,6 %). A l'échelle départementale, on constate un lien entre le degré d'urbanisation du département et la composition sociale des retraités.

Le lieu joue tout d'abord sur la proportion démographique des **anciens agriculteurs**. Celle-ci est plus élevée dans les départements les moins urbanisés (la Mayenne et la Vendée, respectivement 33 et 21 %) et qui mesurée dans le département le plus urbanisé, la Loire-Atlantique (un peu plus de 10 %). Plus largement, on observe que cette origine socio-professionnelle est très forte dans les intercommunalités limitrophes de l'Anjou, de la Sarthe et de la Loire-Atlantique. Comme le montre la carte, les proportions de retraités d'origine agricole sont mesurées autour des agglomérations avec un peu moins de 30 % de la population retraitée. Elles sont très faibles en milieu urbain et sur le littoral avec respectivement 4 et 8 % de la population retraitée.

Carte 6 : Structuration socio-spatiale des retraités de la Région Pays de la Loire

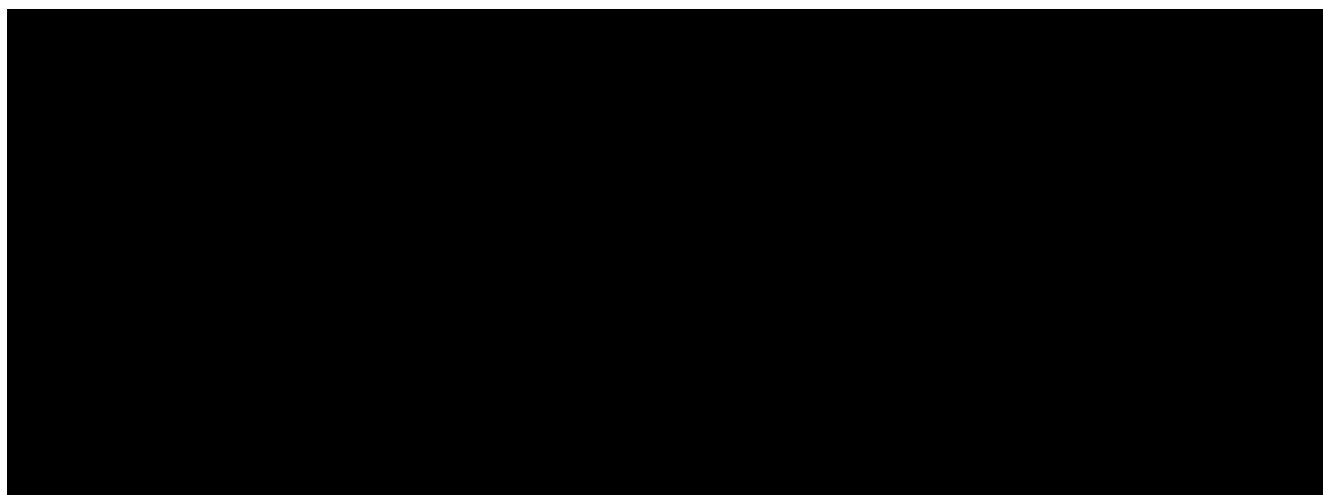


moyenne par classe des ménages de retraités suivant l'ancienne CSP d'appartenance

	agriculteurs	indépendants	cadres et PIS	ouvriers-employés
profil semi-rural	31,1	9,3	11,2	48,4
profil rural	41,3	10,3	8,1	40,3
profil mixte	21,1	11,4	15,3	52,2
profil aisé	15,1	13,8	22,7	48,5
profil populaire	20,6	8,3	12,4	58,7
profil urbain	9,8	8,1	22,5	59,6
REGION	28,1	10,1	18,7	53,6

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2007. source : Insee Pays de la Loire – 2006.

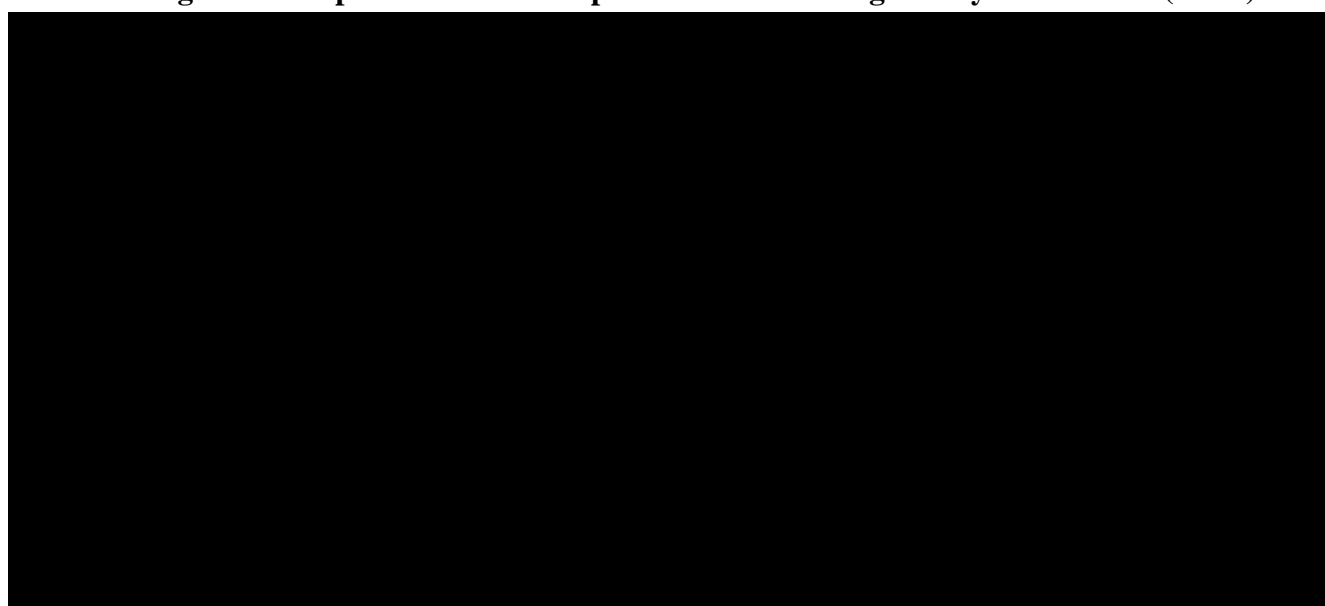
Figure 9 : Origine sociale des retraités des départements de la Région Pays de la Loire (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2007. source : Insee Pays de la Loire – 2006.

La proportion **d'anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprises** est homogène. Représentant 9,6 % de la population retraitée ligérienne, cette ancienne CSP est également répartie entre les départements, à l'exception de la Vendée où sa proportion démographique est plus forte (11,1 %). Plus généralement, les intercommunalités urbaines et littorales sont celles où ces proportions sont les plus élevées, à l'inverse des intercommunalités rurales où ces proportions sont les plus faibles.

Figure 10 : Ecart à la moyenne régionale (18,7 %) des proportions des anciennes catégories socioprofessionnelles supérieures dans la Région Pays de la Loire (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 1999 et 2006.

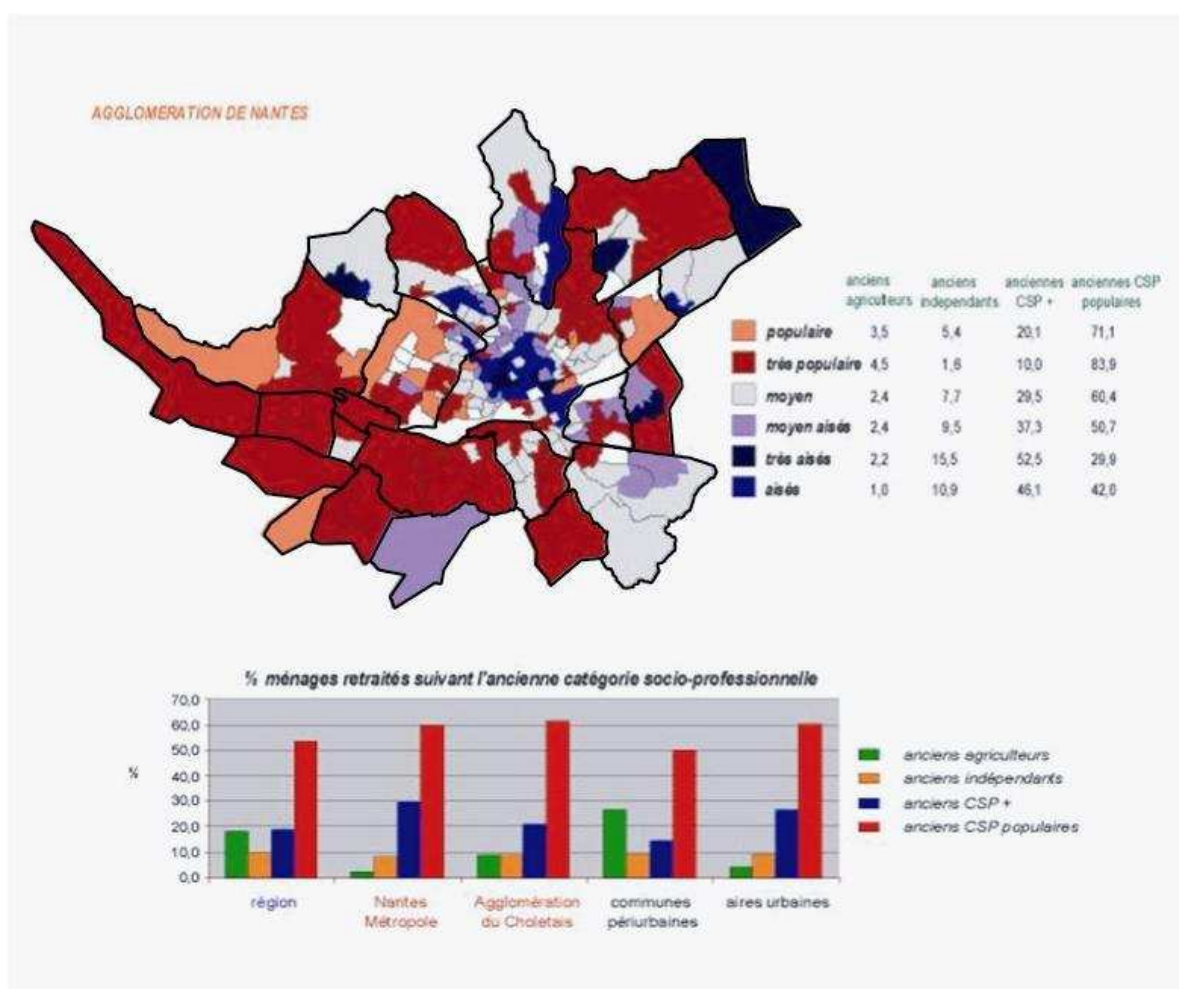
Si l'on compare les départements les **anciennes Catégories Socio-Professionnelles supérieures** sont, en proportion, moins présentes dans les départements les moins urbanisés, moyennement présentes en Anjou et fortement présentes en Loire-Atlantique (24 %). Les écarts à la moyenne régionale de la présence des anciennes CSP supérieures suivant le type d'espace montre une forte propension des catégories supérieures de retraités à investir les espaces urbains, les centres-villes ainsi que les intercommunalités littorales. Elles sont en revanche peu présentes dans les intercommunalités rurales à mesure que les densités démographiques diminuent. Dans les départements les plus urbanisés, on observe que le contraste s'exacerbe entre les intercommunalités urbaines d'une part et les intercommunalités péri-urbaines et rurales d'autre part. Les anciennes catégories socioprofessionnelles supérieures sont peu présentes dans les intercommunalités rurales et périurbaines de Loire-Atlantique (9,4 et 11,4 %) alors qu'elles sont fortement présentes en proportion sur les intercommunalités littorales et urbaines de ce même département (30,1 et 29,7 %). Ces contrastes ne sont pas visibles en Anjou, où l'on observe des proportions plus élevées dans les intercommunalités rurales et péri-urbaines.

La répartition géographique **des anciens ouvriers et employés** respecte la même dualité rural/urbain que la précédente catégorie socioprofessionnelle. Les départements de la Sarthe (58,2 %) et de la Loire-Atlantique (55,7 %) présentent des proportions d'anciens ouvriers-employés nettement supérieures à la moyenne régionale (53,6 %), tandis que celles du Maine-et-Loire se situe dans la moyenne (53,8 %). Les départements de la Vendée (51 %) et de la Mayenne (44,8 %) se démarquent par des proportions plus faibles des anciens ouvriers et employés dans leurs populations retraitées. Il en ressort que la répartition spatiale des anciens ouvriers et employés est plus forte dans les intercommunalités urbaines, espace marqués par une concentration des activités industrielles et de services (les anciens ouvriers et employés sont surreprésentés dans les aires urbaines : 60,9 % contre 53,6 % à l'échelle régionale). De fait, à mesure que l'on s'éloigne des intercommunalités urbaines en direction des intercommunalités littorales et rurales les proportions d'anciens ouvriers-employés diminuent. La présence des anciens ouvriers-employés est soumise aux configurations économiques et industrielles de l'espace local. Par exemple, si pour l'agglomération Choletaise la jonction entre agriculture et industrie est observable, elle ne l'est pas dans les autres intercommunalités rurales de la Région. De plus, ces retraités sont moins présents en proportion dans les intercommunalités périurbaines. Cette présence moindre résulte d'un

décalage spatio-temporel de l'extension d'activités urbaines dans des espaces anciennement destinés aux activités agricoles. Si ces populations sont en proportion moyennement présentes sur le littoral, on observe que ces anciens retraités sont en proportion plus présents le long de l'estuaire de la Loire et dans les intercommunalités du nord-est de la Vendée.

d- Un évitement socio-spatial exacerbé en ville

Carte 7 : Structuration socio-spatiale des retraités de l'agglomération de Nantes



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 1999 et 2006.

Outre la présence des anciens agriculteurs, la structuration socio-spatiale des retraités dans **l'agglomération nantaise** se singularise par un lien d'évitement spatial entre les classes populaires et les classes aisées (corrélation significative de 0,39 pour 261 individus). Il ressort de l'étude de cette corrélation socio-spatiale à l'échelle régionale trois enseignements :

- la forte présence (de 45 à 65 %) des classes de retraités, supérieures en Centre-ville, dans les quartiers péricentraux de Nantes et dans les bourgs de plusieurs communes de banlieue (Vertou, Sautron, Saint Sébastien sur Loire, Orvault, Carquefou et la Chapelle sur Erdre).
- la résurgence d'un profil socio-spatial populaire (des deux tiers au trois quart) dans les anciens quartiers périphériques industriels de Nantes et la formation d'un arc populaire sud-ouest en banlieue allant de Saint-Sébastien sur Loire à Couëron.
- la formation d'un profil socio-spatial intermédiaire, proche des références de l'agglomération, dans les quartiers périphériques de Nantes et de la banlieue.

3- Une propension à vivre seul qui croît avec l'âge et plus forte en ville

a- Modes d'habitation et dépendance

Le système des retraites est à l'origine de l'émancipation et de l'autonomisation sociale et économique des personnes âgées du reste de la famille. Cette émancipation a consacré le ménage âgé au détriment de l'appartenance à un noyau familial plus large. Dans les faits, cette réalité s'est traduite par une réduction de la taille des ménages dont la personne de référence est âgée et par la faible proportion de personnes âgées vivant avec enfants. De fait les questions sur les conditions familiales d'habitation des personnes âgées se sont concentrées sur le fait de vivre sous trois formes : en couple, seul ou collectivement (avec enfants et hors ménages). D'après le RGP de 2006, le nombre de ménages où la personne de référence est une personne de 65 ans ou plus est de 6,3 millions soit plus du quart de l'ensemble des ménages français.

Tableau 4 : Evolution des modes de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus

	1990				1999				en %
	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Total 65 ans ou plus	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Total 65 ans ou plus	
Hommes									
Vit seul	12,0	18,7	26,6	15,5	13,7	17,6	27,1	16,2	
Vit en couple sans enfant	68,7	65,1	43,6	65,4	68,0	68,0	47,3	65,9	
Vit en couple avec enfant(s)	12,8	5,7	3,1	9,6	11,5	5,9	3,1	8,9	
Vit seul avec au moins un enfant	1,2	1,5	3,0	1,4	1,1	1,2	1,9	1,2	
Autre (en ménage de plusieurs personnes)	3,4	4,8	11,6	4,5	3,7	3,9	7,2	4,1	
Sous-total	98,1	95,8	87,9	96,4	98,0	96,6	86,7	96,4	
Vit hors ménage*	1,9	4,2	12,1	3,6	2,0	3,4	13,3	3,6	
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Femmes									
Vit seule	32,0	49,2	44,7	40,3	31,0	48,4	48,5	39,7	
Vit en couple sans enfant	49,7	26,5	7,3	34,6	51,9	32,1	8,9	37,9	
Vit en couple avec enfant(s)	5,8	1,7	0,4	3,4	6,0	2,0	0,5	3,7	
Vit seule avec au moins un enfant	4,5	4,7	5,3	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	
Autre (en ménage de plusieurs personnes)	6,2	11,1	20,3	10,2	5,2	7,5	13,3	7,3	
Sous-total	98,1	93,2	78,0	93,3	98,4	94,6	75,7	93,2	
Vit hors ménage*	1,9	6,8	22,0	6,7	1,6	5,4	24,3	6,8	
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

* Vit en institution pour personnes âgées, à l'hôpital, en communauté (y compris en habitation mobile ou sans domicile fixe).

Source : Insee, Recensements de la population.

Fruit d'une espérance de vie de plus en plus longue et donc d'un recul du veuvage, la part des hommes au sein des ménages âgés de plus de 65 ans a doublé entre 1990 et 1999. A la lecture du tableau on remarque que, quelque soit l'âge, les hommes vivent davantage en couple que les femmes. Pour celles-ci, l'avancée en âge se traduit par le fait de vivre seul. Selon C. DELBES, J. GAYMU et S. SPRINGER (2006), « *les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux* »⁶³.

Les statistiques de l'Insee issues de l'Etat civil sur la situation matrimoniale des personnes âgées selon le sexe valident cette affirmation : même si la mortalité des hommes tend à rattraper celle des femmes, le veuvage demeure en majeure partie féminin : en 2004, 85 % des personnes âgées veuves sont des femmes, cette proportion augmentant avec l'âge. Ainsi, le recul en âge de l'espérance de vie a pour conséquence d'accroître le nombre de personnes âgées vivant seules et d'en faire une spécificité gérontologique et féminine : « *En 1999, près de la moitié des personnes seules ont plus de 65 ans. (...) Le plus souvent, c'est la femme qui se retrouve seule, à la fois parce que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et parce qu'elles vivent souvent avec des conjoints plus âgés qu'elles, surtout dans les générations aujourd'hui âgées* ». On observe également que le fait de vivre seul à la retraite ne progresse pas avec l'âge : selon C. DELBES, J. GAYMU et S. SPRINGER (2006) l'isolement résidentiel régresse avec l'avancée en âge pour laisser place à l'entrée dans des établissements collectifs. En effet au-delà du sexe, vivre seul dépend d'autres critères comme l'âge où l'origine sociale. La probabilité d'être en incapacité augmente avec l'âge, ce qui en réaction, incite les personnes âgées à rejoindre les institutions. Ainsi on constate après 80 ans que les personnes âgées vivant seules sont moins représentées que celles vivant en institution. L'appartenance sociale conditionne également le fait de vivre seul ou non. Les retraités, notamment les hommes, issus des catégories populaires meurent en moyenne plus tôt que ceux issus des catégories aisées. D'où selon A. MESRINE (1999) l'influence incontournable de l'origine sociale sur les situations de veuvage et de vivre seul à la retraite : « *à cause de la surmortalité dans les classes populaires et par endogamie sociale le veuvage frappe plus souvent en bas de la hiérarchie sociale : à 75 ans, les femmes ouvrières sont deux fois plus*

⁶³ DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S., 2006, *Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen*, Paris, in Populations et Sociétés, n°419, INED, p.1.

souvent veuves que mariées alors que chez les cadres, il y a autant de femmes dans chacune des deux conditions »⁶⁴.

b- Vivre seul à la retraite : les conséquences économiques et sociales

La situation conjugale et la composition résidentielle qui en résulte sont déterminants dans les processus de perte de capacité des personnes âgées. Est donc posée la question des impacts du veuvage sur l'état de santé. Le veuvage est avant tout féminin. D'après C. DELBES et J. GAYMU (2002), il n'existe pas d'effets directs du veuvage sur la santé⁶⁵. En revanche, pour les hommes le veuvage affecte l'état de santé : d'après X. THIERRY (1999-2000)^{66 67}, à âge égal, l'incapacité des veufs est supérieure à celle des hommes vivant conjugalement. Plus que le veuvage en lui-même, c'est surtout l'absence de conjoint lors de l'apparition des déficiences qui soumet plus grandement l'individu à ses incapacités. Le fait de vivre seul, constitue une variable déterminante de l'appréhension et du vécu des incapacités. La présence permanente d'un conjoint soulage les déficiences de l'individu et en aval se traduit par un meilleur ajustement aux incapacités.

Dans le cas contraire, vivre seul nécessite de faire appel à une tierce personne. De cette règle, nous pouvons valider l'hypothèse selon laquelle vivre seul au grand âge, spécificité avant tout féminine, amplifie les besoins et les recours à l'extérieur. Nous nous référerons dans ce sens au pourcentage de ménages âgés composés d'une seule personne selon l'âge et le sexe pour déterminer les besoins géographiques des personnes âgées en incapacité.

Selon C. DELBES et J. GAYMU (2002), les personnes âgées qui vivent seules voient plus fréquemment des amis et la famille. Elles usent également davantage des pratiques inopinées de sociabilité, adhèrent autant à une association que les personnes âgées vivant en couples.

⁶⁴ MESRINE A., 1999, *Les différences de mortalité par milieu social restent fortes*, Paris, in Données sociales, Insee, p.230.

⁶⁵ DELBES C., GAYMU J., 2002, *Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin*, Paris, in Populations, INED, n°57, p. 879-909.

⁶⁶ THIERRY X., 1999, *Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage*, in Population, n°54, p.117-204.

⁶⁷ THIERRY X., 2000, *Mortel veuvage : risques de mortalité et causes médicales des décès aux divers moments du veuvage*, Paris, in Gérontologie et société, n°95, p.27-46.

Néanmoins, comparées à ces dernières, les personnes âgées vivant seules pratiquent moins d'activités de loisirs et voyagent moins. Mais surtout ce sont elles qui, en proportion, sont le plus touchées par les cas d'isolement relationnel (taux de non relations amicales, familiales, de non pratiques de loisirs, de non engagement associatif supérieur pour les personnes âgées seules et qui sont particulièrement plus forts pour les femmes). Qu'elles soient désocialisées ou au contraire fortement socialisées, les personnes âgées vivant seules ont en commun de développer plus fortement un sentiment de manque relationnel. Ce manque débouche selon les facultés physiologiques et sociales sur des pratiques de repli ou sur la recherche de sociabilité. Les sentiments de solitude ou d'inutilité ne sont donc pas que des sentiments personnels liés à la psychologie intime de la personne. Ce sont également, hors des volontés individuelles, des mécanismes sociaux. Progressant avec l'âge et plus répandus chez les femmes, les sentiments d'inutilité, d'ennui et de solitude affectent les personnes âgées vivant seules et un peu les personnes âgées en couple. En réaction à l'absence de partenaire et aux sentiments de solitude, d'ennui et d'inutilité que procure cette situation, les personnes âgées « cherchent » à l'extérieur des signes et des liens de sociabilité. MAis comme l'indique J-L PAN KE SHON (2002) elles n'arrivent pas à dissiper ces sentiments : « *Ces relations plus nombreuses avec l'extérieur ne compensent pas pour autant l'absence de contacts au sein du foyer. Au total, les relations entretenues avec l'entourage témoignent d'un certain degré d'insertion sociale mais sont souvent insuffisantes pour écarter le sentiment de solitude* »⁶⁸. Même si le fait de vivre seul n'est pas automatiquement synonyme d'isolement relationnel et de solitude, d'ennui ou d'inutilité, on constate que l'absence de proche s'ajoute aux décalages sociaux institutionnalisés par le statut de retraité et soumet la personne âgée à une plus grande fragilité relationnelle et sociale. Fragilité, rappelons-le, que subissent plus fortement les femmes et les personnes issues des couches populaires, et qui est fortement solidaire de la diminution des capacités physiologiques qui croît avec l'âge.

Enfin, vivre seul à la retraite (plus particulièrement le veuvage) affecte les conditions de vie économique des personnes âgées. D'après l'enquête sur les revenus fiscaux 2001 des ménages, suivant que l'on soit en couple ou non, on retrouve une différence significative de niveau de revenus entre les ménages retraités (14 570 euros contre 16 310 euros)⁶⁹. Les situations d'isolement matrimonial sont surélevées au sein des catégories de populations

⁶⁸ PAN KE SHON J-L., 2002, *Etre seul*, Paris, Données sociales, La société française, p.7.

⁶⁹ LEGENDRE N., 2004, *Evolution des niveaux de vie de 1996 à 2001*, Paris, in Insee Première, n°984, Insee, p.2.

retraités bénéficiant de revenus et de ressources économiques moindres (femmes, catégories populaires). On recense un écart net du taux de pauvreté entre ces populations et celles qui demeurent en couple : en 2001, le taux de pauvreté était de 6,5% pour les ménages retraités seuls et il tombait à 1 % pour les ménages retraités vivant en couple. Vivre en couple préserve économiquement les personnes âgées des événements de fin de vie. De fait selon, C. DELBES et J. GAYMU (2002), lors du veuvage, les femmes des catégories populaires subissent un affaiblissement économique plus fort. Cet affaiblissement mène parfois à la précarité et à la pauvreté. Selon H. NOGUES (2006), la conjugaison de ces éléments biologiques, sociaux et économiques « conduit à formuler l'hypothèse de l'existence d'une poche de pauvreté persistante qui serait majoritairement composée de femmes vivant seules »⁷⁰, postulat validé par M. COHEN-SOLAL et M. LELIEVRE (2003)⁷¹.

c- Des proportions fortes chez les femmes, en Mayenne et en milieu urbain

En 2006, un peu plus de 42 % des ménages âgés de plus de 82 ans de la Région Pays de la Loire vivent seuls contre un peu moins de 28 % chez les 65-82 ans. L'isolement résidentiel, (c'est à dire l'appartenance à un ménage composé d'une seule personne) augmente avec l'âge et est une caractéristique du vieillissement du territoire. Sur la Région, plus les intercommunalités sont vieilles plus la part des ménages isolés augmente. On relève aussi que l'isolement résidentiel progresse de manière régulière sur le territoire entre les deux âges.

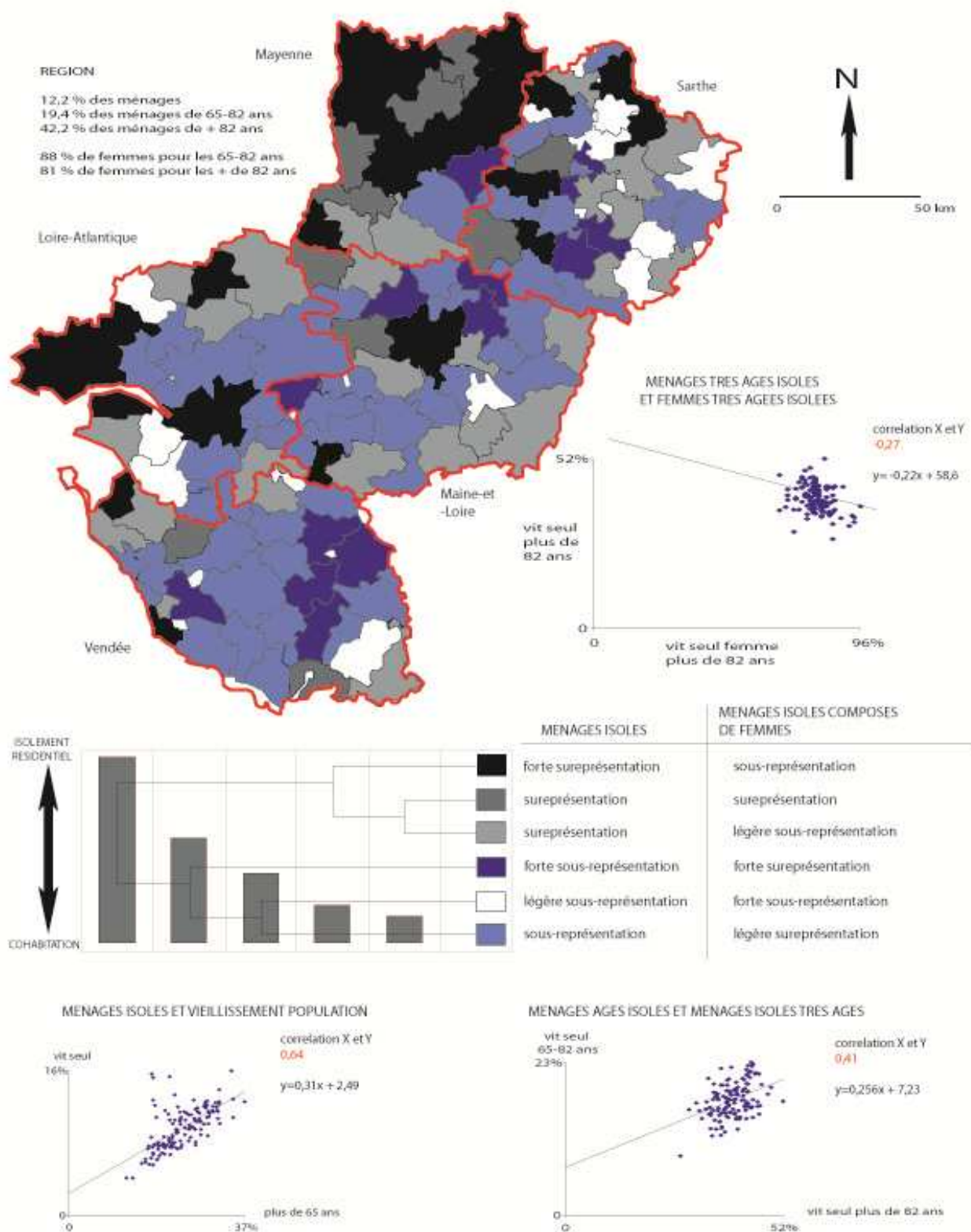
Avec respectivement 43,9 et 44,3 %, les proportions de ménages très âgés isolés sont plus fortes dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Mayenne. A l'inverse, elles sont moyennes dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et faibles dans le département de la Vendée (39,1 %). Géographiquement, il s'opère un contraste entre milieu rural et espace urbain : 46 % des personnes très âgées vivent seules dans les intercommunalités urbaines contre 40,5 % dans les intercommunalités communes rurales et un peu moins de 40 % dans les intercommunalités périurbaines. Les fortes proportions de

⁷⁰ NOGUES H, 2006, *Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société*, Nantes, in *Gérontologie et Société*, n°117, p.39.

⁷¹ COHEN-SOLAL M., LELIEVRE M., 2003, *Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens*, in *Etudes et Résultats*, n°213, Insee, , p.5.

ménages très âgés seuls suivent les densités de population : à mesure que les aires urbaines sont peuplées, les personnes très âgées vivant seules sont surreprésentées (47,9 %). La Vendée mise à part, ces phénomènes s'observent dans les pôles ruraux de la Région (44,4 %) ainsi que dans les intercommunalités du littoral. A l'opposé, les communes rurales ainsi que les intercommunalités péri-urbaines sont celles qui présentent les proportions de ménages âgés et très âgés composés d'une seule personne les plus faibles. Les départements de la Mayenne et de la Vendée n'affichent pas la même pondération et détonnent par la radicalité géographique et démographique de leur proportion de personnes âgées et très âgées isolées . Enfin, quelque soit le type d'espace, les taux de ménages âgés composés d'une seule personne sont plus élevés en Mayenne et plus faibles en Vendée.

Carte 8 : Proportions de ménages retraités composés d'une seule personne dans la Région Pays de la Loire (en %)

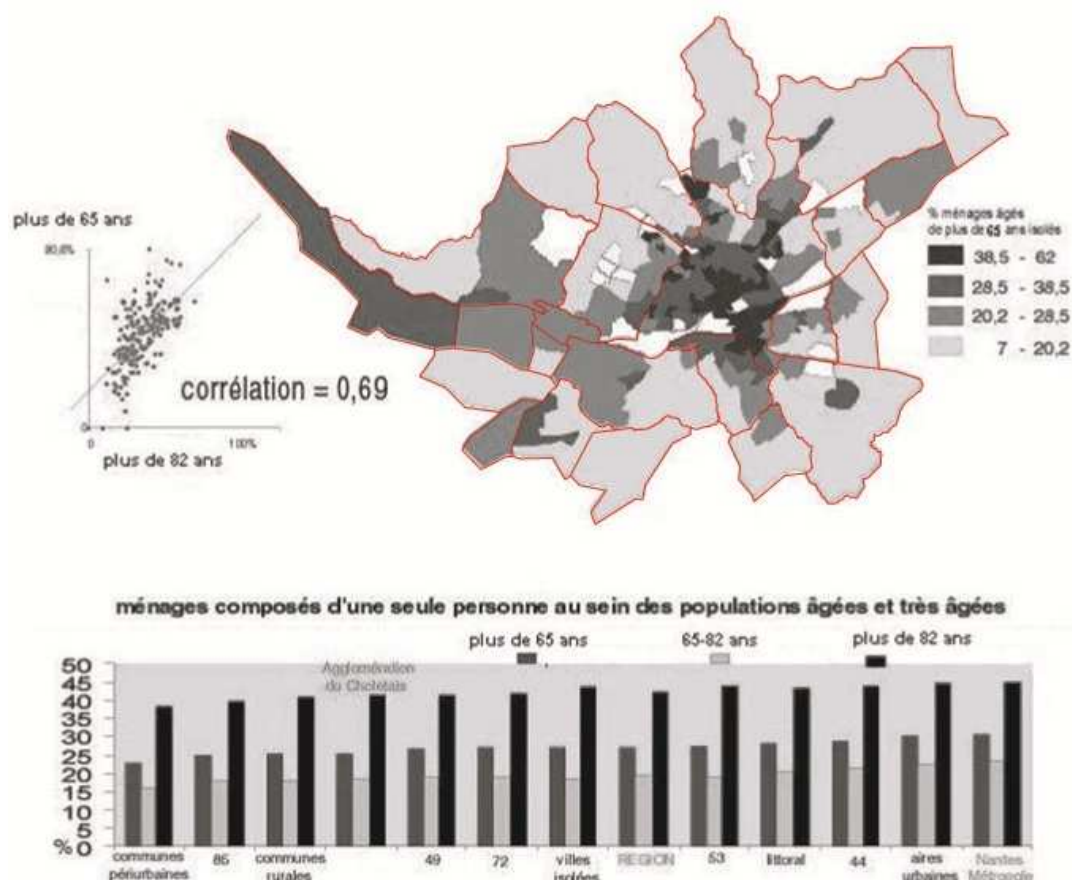


réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 2006.

Les ménages âgés de plus de 65 ans composés d'une seule personne sont surreprésentés dans **l'agglomération nantaise** (31 % contre 27,9 % pour la Région). Cette forte proportion n'est pas uniforme et se révèle concentrique. L'isolement résidentiel des plus âgés atteint des niveaux faibles dans les communes qui composent la seconde couronne de banlieue (entre 7 et 20 %), des niveaux moyens (20 à 34 %) dans les communes voisines de Nantes et dans les quartiers périphériques de Nantes, et des niveaux très élevés dans les quartiers péri-centraux et dans le Centre-ville de Nantes. Il atteint son paroxysme (entre 40 et 62 %) dans les quartiers centraux et péricentraux, zones les plus vieilles de Nantes. Ce phénomène se traduit par une forte proportion des femmes dans les quartiers où les ménages isolés sont surreprésentés et par une représentativité forte des femmes dans les quartiers et communes les moins concernées par ce mode de cohabitation au grand âge.

Carte 9 : Proportions de ménages de plus de 65 ans composés d'une seule personne dans les communes et les IRIS de l'agglomération de Nantes (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 1999 et 2006.

4- Les conditions d'habitation des personnes âgées

a- Incapacités et conditions d'habitation

En situation d'incapacité, monter un escalier, sortir de la baignoire, se mouvoir dans le logement sont autant d'actes du quotidien laborieux susceptibles d'être tous contraints par la configuration architecturale et ergonomique du logement. Selon S. SOUCHON, H. NOGUES, H. JIBIDAR, E. FONDOP, et A-M. LEZY-MATHIEU (2004) l'absence d'intimité, le manque de confort, l'insécurité potentielle née de l'écart entre capacité et mobilier sont sources de maltraitance d'où la nécessité d'adapter les logements aux incapacités des personnes âgées⁷². Si les logements collectifs pour personnes âgées tendent à suivre les normes préconisées, celles en incapacité demeurent soumises aux conditions ergonomiques et architecturales de l'habitat. A ce sujet, on retient que le confort de l'habitat dépend du cycle de vie et a une responsabilité sur le vécu des incapacités des personnes âgées. Or, d'après l'enquête logement 1996-1997 de l'Insee, l'inconfort des logements est plus marqué chez les plus de 75 ans. Selon cette enquête, les personnes âgées de plus de 75 ans vivent en moyenne dans des logements plus anciens (41 années de moyenne d'âge). De fait, le manque d'adaptation de ces logements aux handicaps, croisé à la dégradation et à l'entretien du logement soumettent davantage les individus à leurs propres incapacités dans leurs milieux domestiques. En outre, il existe d'autres critères de confort du logement comme la forme et la taille.

Selon l'auteur ci-dessus, les personnes très âgées ont tendance, par la perte de capacité et le désir de se rapprocher des enfants, à investir des lieux plus petits souvent plus confortables que l'ancien logement. Aucun travaux n'existant sur cette question, nous ne pouvons retenir la taille et la forme du logement comme critères incontestables dans l'évaluation des besoins territoriaux de la vieillesse. Nous nous référerons à l'ancienneté du logement qui présente un marqueur significatif du confort du domicile. Le taux de logement sans confort minimum est surélevé au sein des ménages très âgés : corollaire de l'ancienneté de l'habitat, l'absence de WC demeure un élément significatif d'inconfort de l'habitat. Nous le retiendrons lors de notre évaluation.

⁷² SOUCHON S., NOGUES H., JIBIDAR E., FONDOP A-M., LEZY-MATHIEU M., 2003, *L'architecture peut elle être source de maltraitance ? Un regard de géiatres*, Paris, in *Gérontologie et Société*, n°119, p.79.

Le rapport à l'habitat, reflète le vécu et l'appréhension des ruptures qui interviennent lors de la période de vieillesse. Comme J-C. KAUFMANN (2004)⁷³ le souligne, le maintien de la sociabilité et des pratiques sociales quand les capacités se font plus lourdes dépendent du degré de confort, d'aménagement et de la localisation du domicile. Les ruptures rencontrées lors de la période de la vieillesse affectent les rôles et les pratiques de vie des individus. Or, ces changements se retranscrivent spatialement sous différentes formes. Selon, A. MOLES et E. ROHMER (1972)⁷⁴, le domicile constitue l'assise spatiale de référence des pratiques spatiales. Par conséquent, il est au cœur des changements de repères sociaux et spatiaux lorsqu'interviennent les différentes ruptures de la vieillesse. Dans ce sens, autant par son intériorité que par son externalité, le domicile constitue un foyer de pratiques sociales et de sociabilité que les épreuves de l'âge perturbent. Avec la remise en cause des rôles et des pratiques sociales, le domicile est perçu comme le lieu où l'on va désormais vieillir. Ceci amène, suivant les potentialités économiques et spatiales, les nouveaux retraités à adopter de nouveaux aménagements ou des stratégies résidentielles dans une perspective d'une amélioration des conditions de vie à la retraite. Les migrations de retraite constituent l'élément le plus spectaculaire d'une recherche d'un cadre de vie plus agréable, mais également, d'une réappropriation et d'une redécouverte sociale. F. CRIBIER (1992) le confirme, « *La migration de retraite n'est pas seulement une stratégie résidentielle, elle est une stratégie du mode de vie : l'acteur social cherche à maintenir plaisir à vivre, à développer de nouveaux rôles, de nouvelles relations, un autre rapport aux lieux* »⁷⁵. Cependant, les migrations de retraite ne sont pas accessibles à tous suivant l'origine sociale. Elles ne concernent principalement que les nouveaux retraités qui vivent en couple et qui ne subissent pas de difficultés physiques. Les premiers temps de retraite sont généralement l'occasion de réaménagement propices à de nouveaux usages centrés sur le domicile.

Plusieurs recherches sur le domicile ont visé à mieux cerner le ressenti des personnes âgées vivant seules. Celles de P. PITAUD et M. REDONNET (2002)⁷⁶ se sont intéressées aux évolutions du lien social au domicile suite à la perte des capacités. Elles montrent que,

⁷³ KAUFMANN J-C., 2004, *L'invention de soi. Théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin, p.143.

⁷⁴ MOLES A., ROHMER E., 1972, *Psychosociologie de l'espace*, Paris, Casterman, p.23.

⁷⁵ CRIBIER F., 1992, *Les migrations de retraites*, Paris, in *Populations*, n°3, p.679.

⁷⁶ PITAUD P., REDONNET M., 2002, *Les solidarités de voisinage : regard sur l'isolement et la solitude des personnes âgées*, Marseille, Institut de Gérontologie Sociale de Marseille, Université de Provence, 2002.

face au veuvage et à la perte de capacité, les personnes âgées mettent en œuvre des stratégies en privilégiant un type de sortie extérieure et en développant différentes formes de sociabilité et de pratiques sociales au domicile. Au-delà du repli sur soi, souvent observé comme réaction au veuvage et à la perte d'autonomie, on observe la volonté de se préserver de l'extérieur, d'être autonome des pairs en développant des activités et des pratiques dans un cadre spatial confiné au domicile. Avec la perte des capacités et la dégradation du réseau de pairs, l'avancée en âge voit les sorties de plus en plus rares et le temps passé au domicile s'élève. Selon D. ARGOUD (2005), cette perte se traduit par de nouvelles formes de sociabilité de « proximité » affective et spatiale, *« c'est incontestablement dans la quotidienneté que des échanges de proximité ont lieu, à mi-chemin entre la routine et l'événement, et que se nouent des réaménagements identitaires »*⁷⁷.

b- Typologie des conditions d'habitation des ménages âgés dans la Région Pays de la Loire

L'étude des conditions d'habitation des personnes âgées est le fruit d'une analyse multivariée de sept variables issues du recensement de la population : le taux de propriétaires des ménages de plus de 65 ans, la répartition des ménages âgés de plus de 65 ans suivant la superficie (moins de 70 m² et plus de 100 m²), l'ancienneté du logement (ménages de plus de 65 ans dont le logement date d'avant 1949 et d'après 1982), l'inconfort du logement (logement sans douche ni baignoire) et la taille du ménage de plus de 65 ans. A partir d'une Classification Hiérarchique Ascendante (CAH), il a été possible de croiser statistiquement et géographiquement ces variables et, ainsi, de dégager une typologie territoriale des conditions d'habitation des personnes âgées. Après évaluations, on recense des corrélations très fortes entre les deux catégories âgées (65-82 ans et plus de 82 ans) pour chacune des variables. La typologie se réfèrera donc aux plus de 65 ans. Sur la Région, les plus de 65 ans ont des taux de propriétaires, de ménages isolés, de logements de grande superficie et de logements sans confort (datant d'avant 1949 et sans douche ni baignoire) plus élevés que l'ensemble de la population. Mais ils investissent en moyenne moins les logements construits après 1982. On

⁷⁷ ARGOUD A., 2002, *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Paris, Dunod, Fondation de France, p.30.

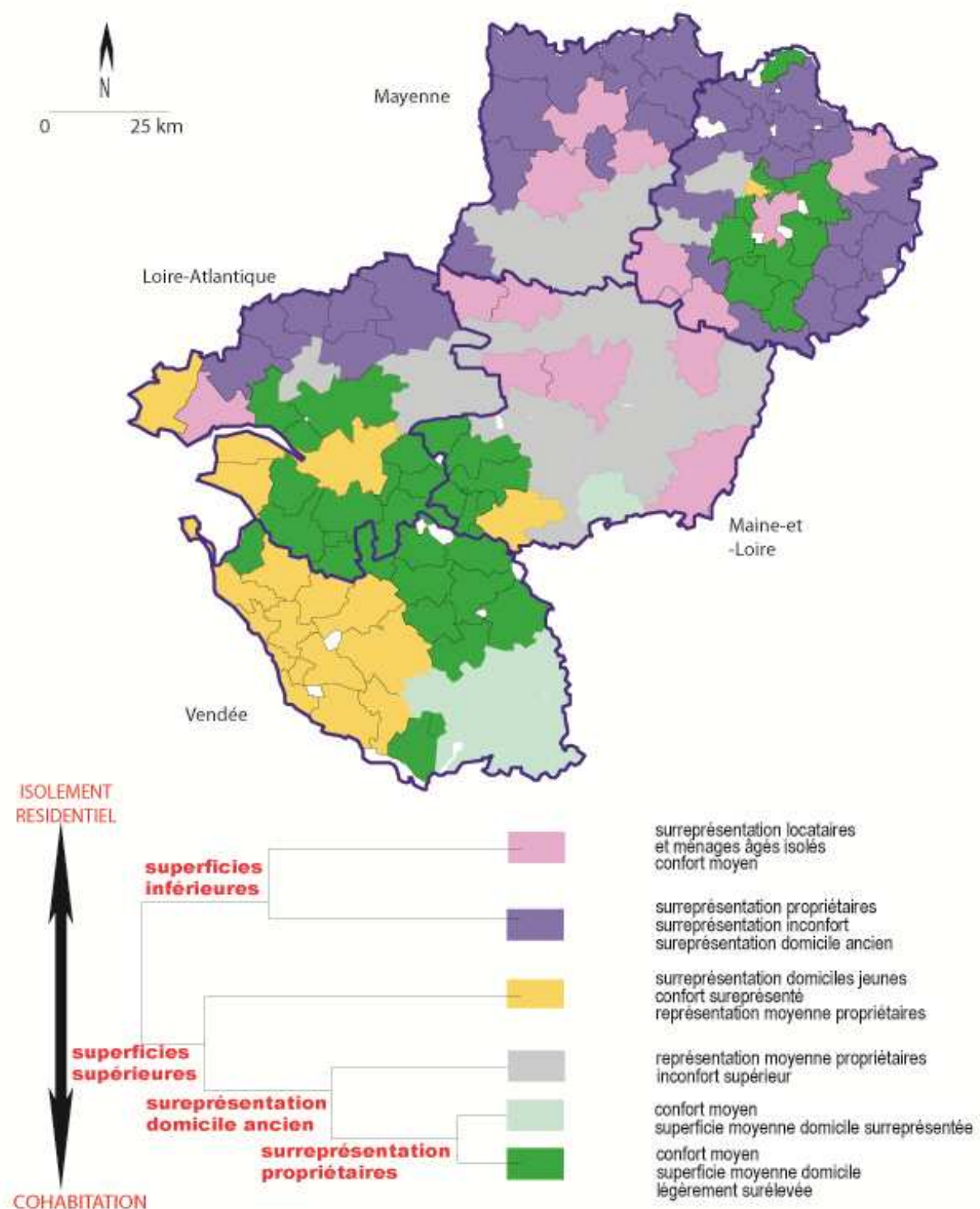
constate également, avec des taux de propriétaires, de logements plus grands, confortables et plus récents plus importants, un effet générationnel entre les deux classes d'âge en faveur des 65-82 ans.

Au-delà de ces cadrages générationnels, il ressort de la typologie 6 profils territoriaux des conditions d'habitations. Ces derniers font ressortir une opposition entre l'ouest et l'est de la Région. Les trois profils prédominants à l'ouest ont en commun un taux de propriété, une superficie supérieure, un confort supérieur à la moyenne régionale. Cependant, il existe une différence de confort entre les intercommunalités urbanisées (littoral compris) et les intercommunalités rurales : pour les premières, les ménages âgés sont plus souvent composés d'une seule personne et occupent en proportion plus de logements confortables et récents, tandis que pour les secondes les ménages isolés âgés sont rares et occupent une proportion plus élevée de logements inconfortables et anciens. Les départements de la Mayenne et de la Sarthe, notamment les parties les plus rurales, présentent des conditions d'habitation moins avantageuses. Tout d'abord au niveau de la superficie, où les logements inférieurs à 70 m² et les logements supérieurs à 100 m² sont surreprésentés. Mais aussi au niveau du confort où les logements sans douche ni baignoire et les logements datant d'avant guerre sont surreprésentés (et les logements construits après 1982 et occupés par des ménages âgés sont sous-représentés). Au niveau de la structuration des ménages où l'on recense une surreprésentation des foyers âgés composés d'une seule personne. Enfin, on observe des proportions plus fortes de logements inconfortables occupés par des personnes âgées dans les intercommunalités urbaines et rurales du nord du Maine-et-Loire.

Au final, la typologie régionale des conditions des ménages âgés fait apparaître deux frontières géographiques :

- tout d'abord entre l'est et l'ouest de la région (et à la faveur de l'ouest), au niveau des superficies, du taux d'inconfort et de l'ancienneté des logements, le département de l'Anjou faisant tampon.
- entre les intercommunalités littorales et urbaines, où les logements sont plus confortables, plus récents et où les ménages locataires et isolés sont surreprésentés, et les intercommunalités périurbaines et rurales, où le taux d'inconfort reste plus élevé et la proportion de logements anciens est plus forte.

Carte 10 ; CAH des conditions d'habitations des personnes âgées dans la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

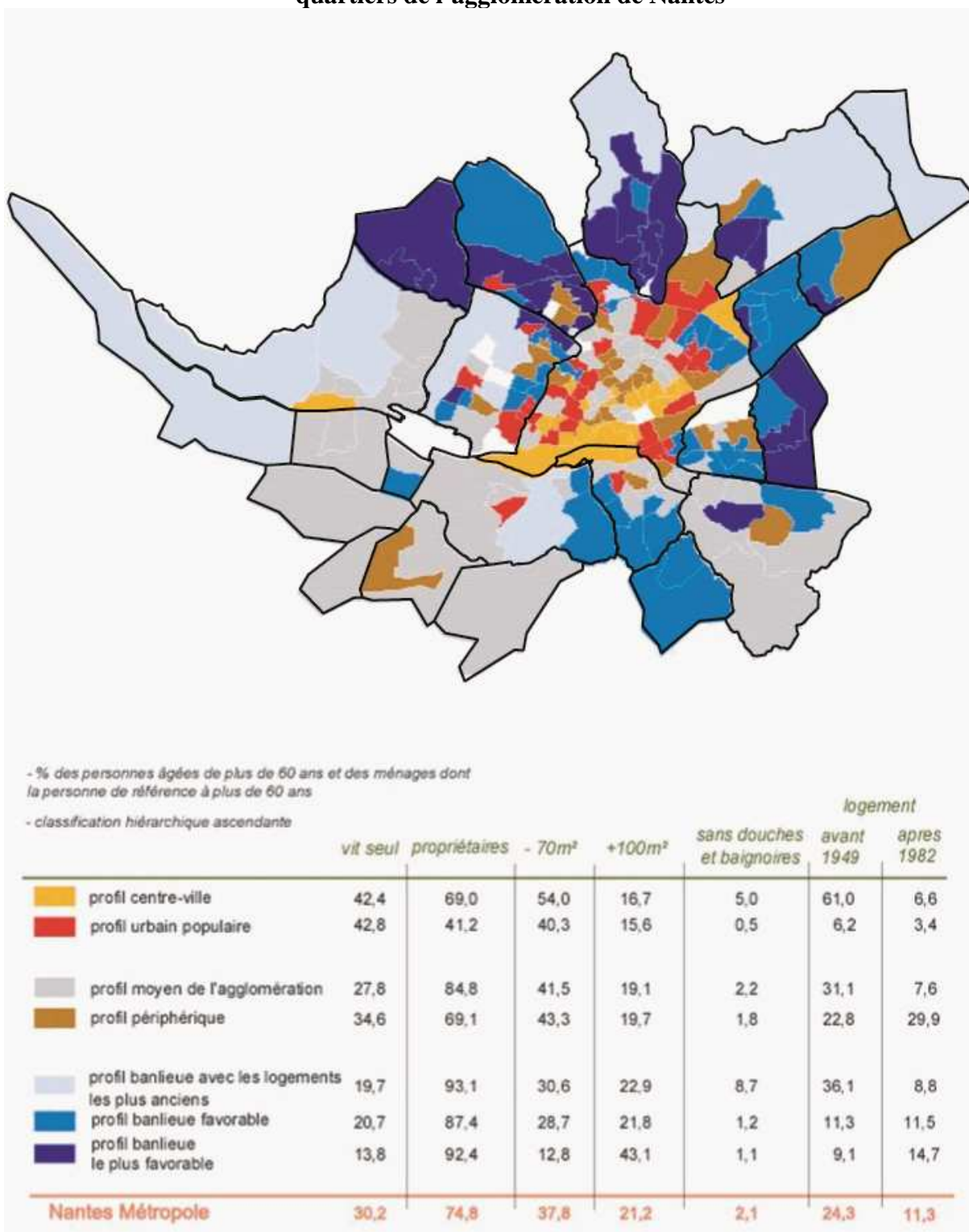
source : Insee Pays de la Loire – RGP 1999 et 2006.

c- Les conditions d'habitation des personnes âgées de l'agglomération nantaise

Les conditions d'habitation des personnes âgées de plus de 65 ans de l'agglomération nantaise se caractérisent par des taux de propriété et de logements grands plus faibles et par une forte proportion des ménages seuls et des logements anciens. Premier enseignement, la typologie montre que les conditions d'habitation des personnes âgées sont en moyenne plus favorables dans les communes de la banlieue. On y retrouve une forte proportion des propriétaires, des logements récents et équipés, des ménages de plus d'une personne et de logements dont la superficie est supérieure à 100 m². Cette tendance est plus marquée dans les communes du nord de l'agglomération où les personnes âgées d'origine sociale aisée sont plus présentes. La moitié sud de la banlieue nantaise présente des conditions d'habitation proches de la moyenne de l'agglomération. Ce profil moyen est également très présent sur Nantes, des quartiers péricentraux aux quartiers périphériques. A ce profil moyen s'ajoute, un profil « périphérique » où les proportions de ménages isolés et locataires sont plus fortes. On localise de manière hétéroclite ce profil des quartiers péricentraux aux quartiers périphériques de la ville de Nantes.

Enfin on observe une forte proportion des ménages isolés dans le Centre-ville de Nantes. Au-delà de ce trait commun, le Centre-ville est marquée par deux profils opposés suivant les taux de propriétaires, de petits logements et de logements inconfortables. Cette opposition rejoint les observations sur la répartition en ville des retraités suivant l'origine sociale. Le premier de ces deux profils, le profil « centre-ville » présente un taux de propriétaires élevé et une forte proportion de petits logements. On le localise en Centre-ville, ainsi que dans les anciens quartiers populaires voisins du Centre-ville. Le profil populaire est marqué par une de fortes proportions de locataires et des logements intermédiaires (date et superficie). A l'instar du premier profil, on le localise principalement en Centre-ville et dans les quartiers péri-centraux.

Carte 11 : CAH des conditions d'habitation des personnes âgées dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération de Nantes



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee Pays de la Loire – RGP 1999 et 2006.

5- Les inégalités de revenus des personnes âgées

a- Précarité et pauvreté des personnes âgées : définitions

Communément, **la pauvreté** nous renvoie à une indigence des conditions d'existence. Il est aujourd'hui faux de croire que la pauvreté ne se résume qu'à un état économique. Multidimensionnelle, elle dépasse cette vision et s'insère autant dans les champs sociaux, que politiques, juridiques, géographiques et historiques. **La précarité** constitue une sorte d'antichambre de la pauvreté : elle renvoie à l'instabilité et à la fragilité des trajectoires socio-économiques de l'individu et est plus difficilement repérable aux vues de son caractère personnel. Pour une majeure partie des populations affectées, les phénomènes de pauvreté et de précarité engendrent des processus sociaux, géographiques, politiques d'**exclusion**. Ceux-ci procèdent d'obstacles considérés comme involontaires ou accidentels liés au développement individuel dont sont victimes les populations qui se voient refuser l'accès aux ressources collectives.

En 2003, un peu moins de 10 % des français de plus de soixante ans bénéficient des minimas sociaux⁷⁸. Caractérisant hier la vieillesse, la pauvreté est un symptôme qui s'accorde moins aux personnes âgées mais davantage aux autres classes sociales et d'âges. Les enjeux gérontologiques actuels se cristallisent autour de la notion de dépendance. Si la légitimité de cette question n'est pas à remettre en cause, il ne faut pas non plus qu'elle occulte d'autres problématiques sociales liées au vieillissement. Notre société, et en particulier le fonctionnement de nos systèmes de protection sociale, sont intimement liés à l'équilibre démographique. Or, l'arrivée massive de populations à la retraite amène les politiques à réfléchir aux choix de société à réaliser pour faire face à cet important changement. On assiste en parallèle, à une précarisation de la période d'activité (qui détermine le cadre économique et social de la période de retraite). A l'heure actuelle un peu moins de 10 % de la population active arrivant à l'âge de la retraite est touchée par des difficultés d'insertion professionnelle. En 2004, 7 % des actifs de plus de cinquante ans sont au chômage (en grande partie du chômage de longue durée) et un peu plus de 1,5 % travaillent en intérim.

⁷⁸ TUFFREAU F., 2003, *Bilan sanitaire et social 2003*, Nantes, Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, p.23.

Selon l'Insee, en 2002, on compte un peu plus de 420 000 personnes âgées de plus de soixante ans vivant en dessous du seuil de pauvreté, seuil qui s'élevait à l'époque à 620 euros par mois. Dans son rapport 2005-2006, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale évalue à 10 % la proportion de retraités considérés au seuil de 60 % (seuil Eurostat, le seuil de l'Insee étant à 50 %) du revenu médian (contre un peu plus de 12 % pour l'ensemble de la population). L'observatoire observe également que l'évolution du taux de pauvreté des retraités tend à rattraper celui de l'ensemble de la population, signe d'une fragilisation économique de cette population. Selon A. DELOFFRE (2004), le taux de pauvreté varie fortement selon le type de ménage ; *« Le premier facteur de pauvreté paraît être, chez les retraités comme pour l'ensemble de la population, l'isolement : si les couples composés de deux retraités ou d'un retraité et d'un actif sont peu concernés par le risque de pauvreté, les personnes vivant seules le sont davantage. Au sein des ménages de retraités vivant seuls, le principal facteur de pauvreté réside dans l'origine du revenu, qui résulte de la carrière salariale préalable : les personnes ne percevant qu'une retraite de droit dérivé (personnes n'ayant jamais travaillé ou insuffisamment pour s'ouvrir des droits à retraite propres) connaissent un taux de pauvreté proche du double de celui des retraités de droit direct. Cette situation concerne principalement aujourd'hui des veuves n'ayant jamais travaillé, dont la situation est particulièrement vulnérable »*⁷⁹. Si les indicateurs officiels posent un cadre au suivi de la pauvreté, ils demeurent discutables dans la mesure où ils se réfèrent uniquement au revenu médian des actifs et dans la mesure où ils ne tiennent pas compte de la dimension absolue de la pauvreté. D'autres recherches sur les conditions de vieillesse nous ont permis d'avoir un aperçu plus fin des situations de pauvreté et de précarité et de constater leurs liens avec la dépendance et les situations d'isolement au grand âge. Dans ce sens, le niveau économique de vie conditionne le niveau des réponses et de l'accès (y compris géographique) aux services et établissements géographiques mais conditionne aussi les processus de sociabilité au grand âge.

⁷⁹ DELOFFRE A., 2004, *Les retraités en 2003*, Paris, Drees, in Dossiers solidarité et santé, n° 4, p.2.

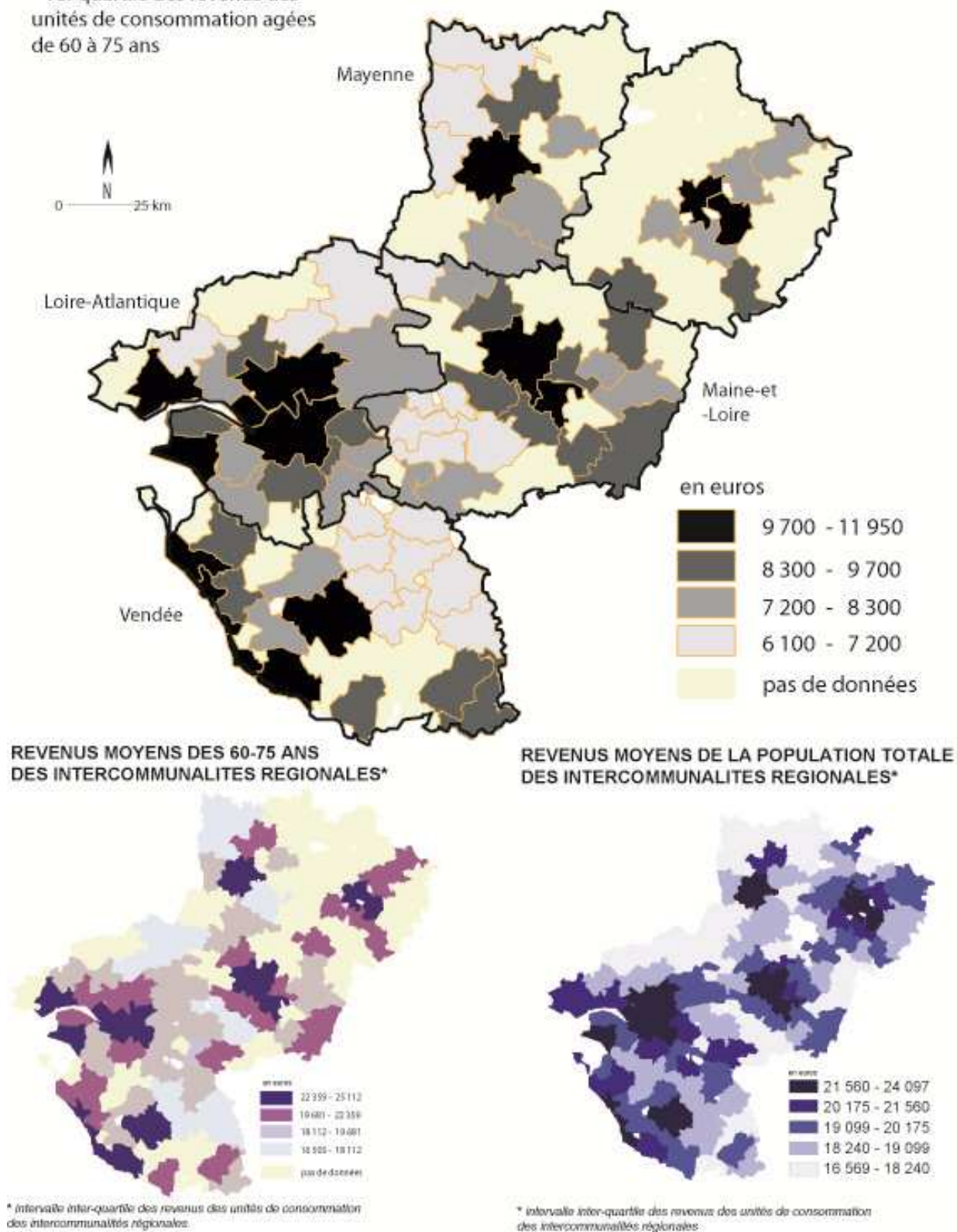
b- Des revenus médians qui baissent avec l'âge et plus élevés en ville et sur le littoral

Pour des raisons de confidentialité statistique certaines intercommunalités ne sont pas recensées. Les cartes régionales des revenus médians et du 1^{er} quartile aux deux âges (60-75 ans et plus de 75 ans) de 2005 démontrent que les revenus moyens et que le seuil du 1^{er} quartile de revenus baissent avec l'âge. Sur le territoire, les revenus médians et les revenus du premier quartile sont plus élevés en milieu urbain et sur le littoral (au dessus de 22 000 euros pour les 60-75 ans et entre 20 000 et 22 000 euros plus de 75 ans). Les revenus médians des retraités des intercommunalités périurbaines sont moins élevés, allant d'un peu moins de 20 000 euros à 22 000 euros pour les ménages de 60 à 75 ans et de 16 000 à 18 000 euros pour les ménages de plus de 75 ans.

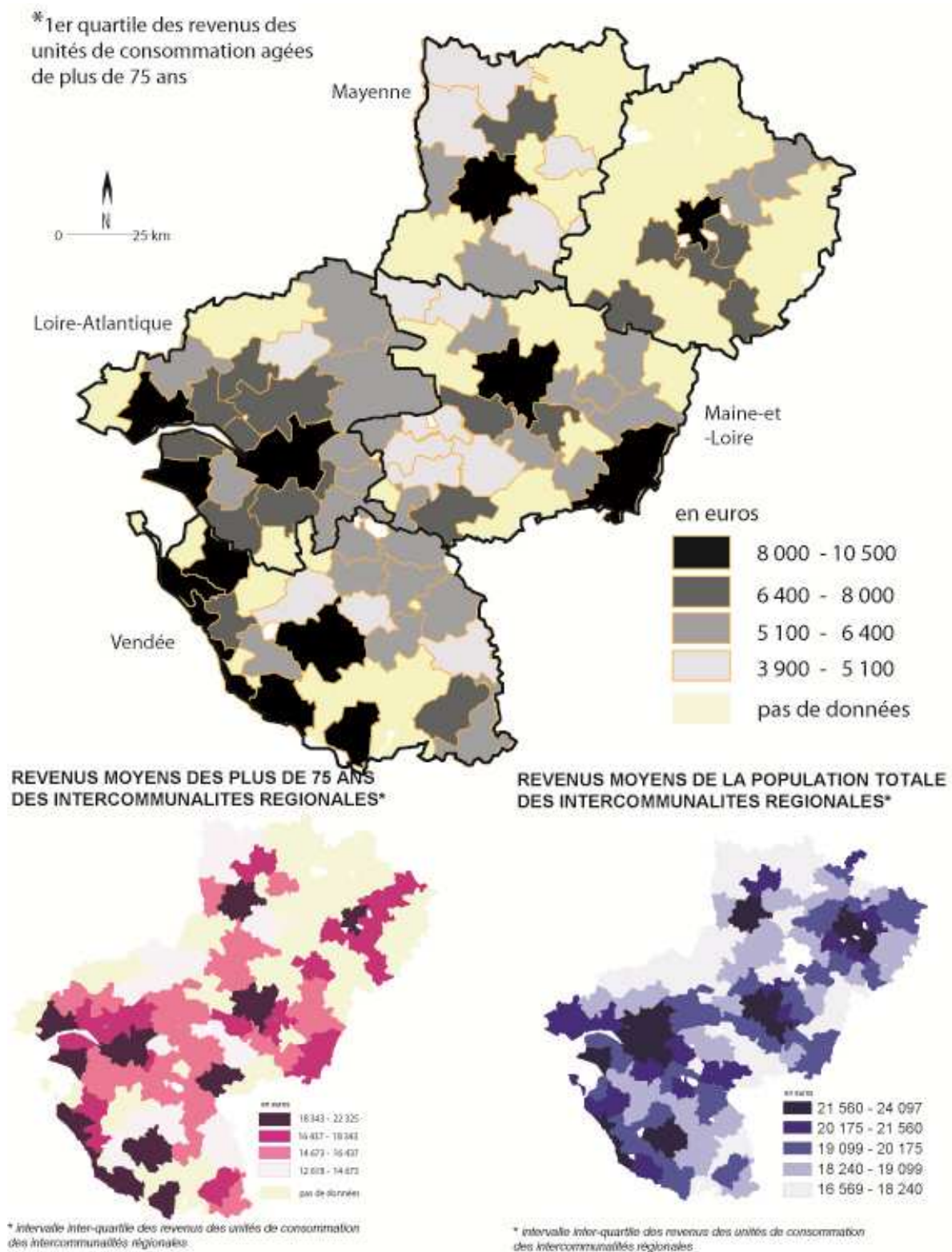
C'est surtout en milieu rural que les niveaux de revenus médians et du 1^{er} quartile sont les plus faibles et les plus inégaux entre les deux âges. De 16 000 à 18 000 euros pour les 60-75 ans et de 12 000 à 14 000 euros pour les plus de 75 ans. Le bocage vendéen, l'ouest de l'Anjou, le nord de la Loire-Atlantique et le nord-ouest de la Mayenne présentent ces caractéristiques socio-économiques et sont par ricochet, plus exposés aux situations de pauvreté au grand âge. Les intercommunalités rurales qui assurent le continuum géographique entre la périphérie rurale et le cœur urbanisé de la Région affichent des revenus médians et des revenus du 1^{er} quartile plus proche de ceux de la Région.

Carte 12 : Faibles revenus des personnes âgées de 60 à 75 ans dans la Région Pays de la Loire

* 1er quartile des revenus des unités de consommation âgées de 60 à 75 ans



Carte 13 : Faibles revenus des personnes âgées de plus de 75 ans dans la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee enquête revenus 2005.

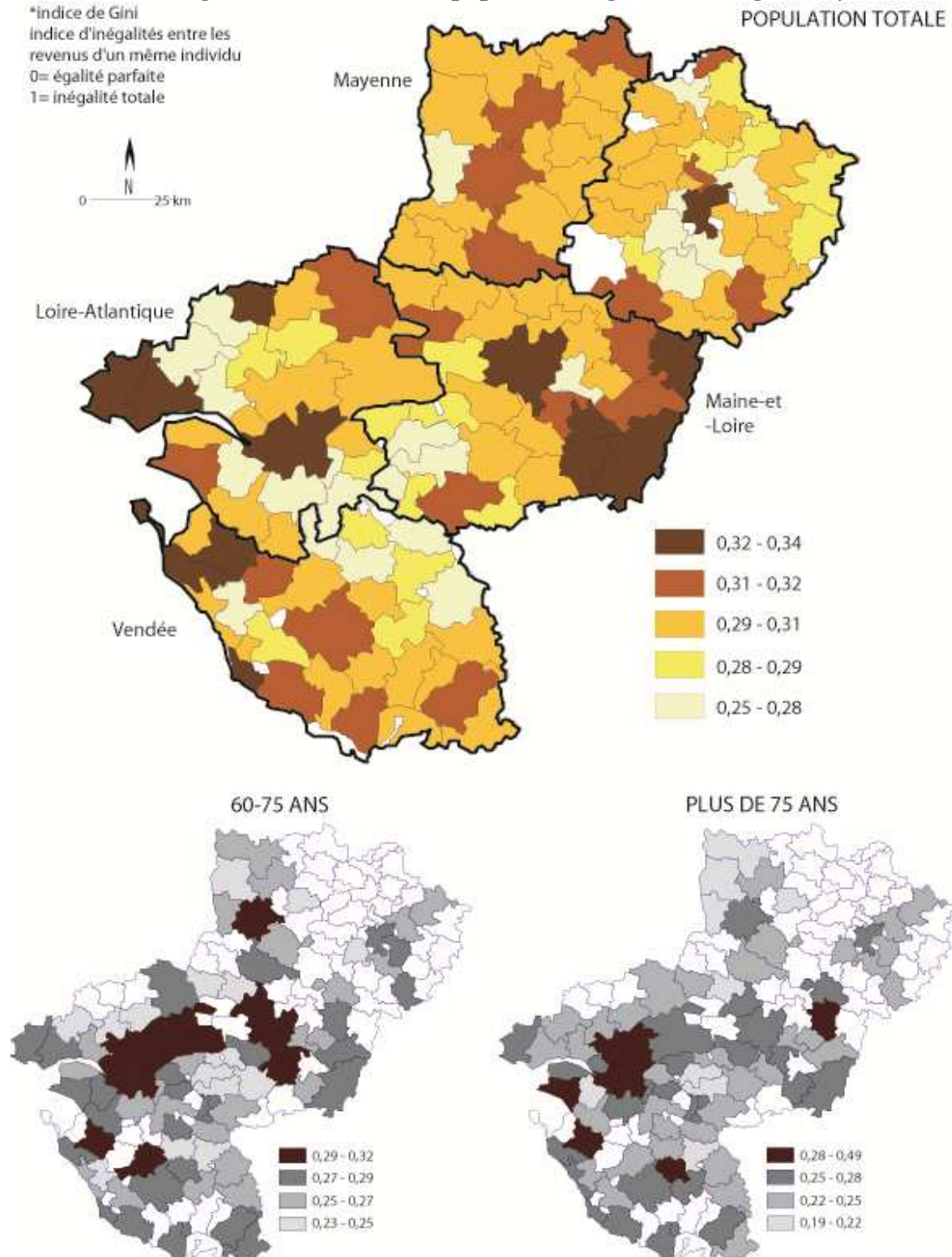
c- Des inégalités de revenus plus fortes dans les intercommunalités urbaines et rurales

En parallèle, à mesure que les revenus médians et du 1^{er} quartile des retraités augmentent, l'indice de Gini (qui mesure les inégalités de revenus) augmente. De fait, les intercommunalités urbaines, littorales et de Saumur, où les revenus médians des retraités sont plus élevés, sont également celles où les inégalités de revenus sont les plus fortes. A l'inverse, les intercommunalités rurales où les revenus médians et du 1^{er} quartile sont plus faibles, présentent une plus grande homogénéité de revenus entre les retraités. La structuration intercommunale des revenus des retraités et la pauvreté potentielle qui en découle sont fortement assujetties à la densité démographique et la composition sociale du territoire. On constate une homogénéité des revenus les moins élevés en milieu rural et des revenus à la retraite en moyenne plus élevés mais aussi plus inégaux localement en milieu urbain et sur le littoral.

La structuration géographique des revenus médians et des faibles revenus des personnes âgées demeure très schématique : le revenu médian s'élève à mesure que les densités de population s'élèvent et est faible dans les périphéries rurales de la Région. C'est essentiellement en ville, où les revenus moyens et médians sont supérieurs, que l'on constate de fortes inégalités. Pour des raisons de confidentialité, la carte à l'échelle de l'agglomération nantaise se réfère à la population totale. La corrélation avec les densités démographiques et l'opposition entre sud et nord de la Loire sont flagrantes : les communes du nord de l'agglomération et les quartiers péricentraux de Nantes présentent les revenus les plus élevés. Les quartiers périphériques de Nantes et des communes de banlieue (Bouguenais, Rezé Saint Sébastien sur Loire) présentent des revenus moyens et médians plus faibles.

Carte 14 : Inégalités de revenus des populations âgées de la Région Pays de la Loire

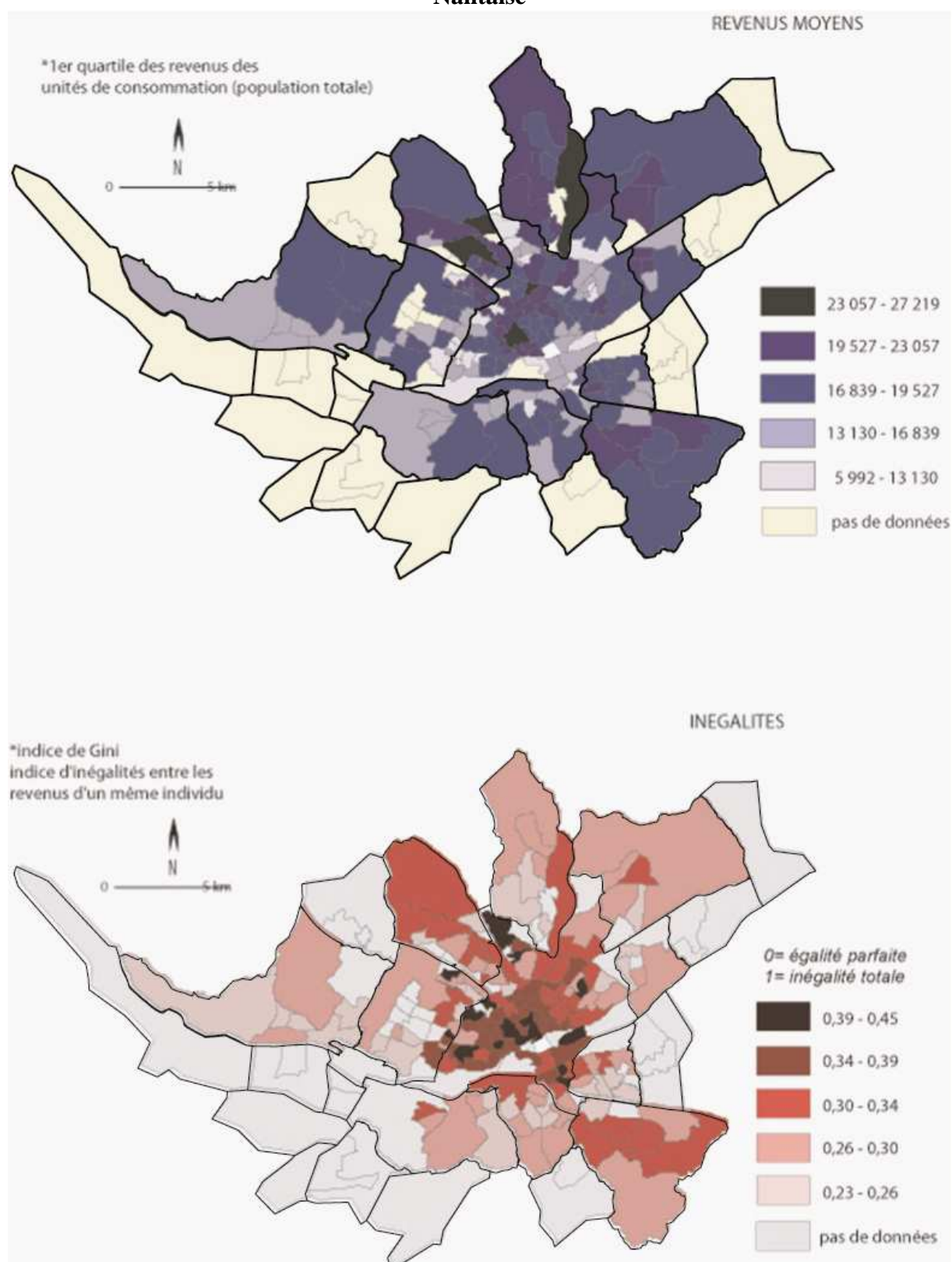
*indice de Gini
indice d'inégalités entre les
revenus d'un même individu
0= égalité parfaite
1= inégalité totale



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee enquête revenus 2005.

Carte 15 : Revenus moyens et inégalités de revenus des ménages de l'agglomération Nantaise



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

source : Insee enquête revenus 2005.

CHAPITRE III – TYPOLOGIES REGIONALES DES SITUATIONS DE DEPENDANCE ET D'ISOLEMENT AU GRAND AGE

1- Typologie régionale des situations de dépendance

Du fait de la décohabitation familiale et de conditions de vie économiques plus favorables, les politiques de la vieillesse ont consacré « la dépendance » comme premier besoin gérontologique auquel la collectivité se devait de répondre. La typologie suivante propose, à partir du croisement de plusieurs variables démographiques, biologiques et sociales (âge, sexe, mode d'habitation, origine sociale et conditions d'habitation), de projeter le niveau et les spécificités de la dépendance à l'échelle des intercommunalités de la Région. Cette projection est issue d'une Classification Hiérarchique Ascendante (CAH) dont le but est de classer des individus (les intercommunalités) présentant des comportements similaires sur un ensemble de variables. A l'instar des travaux de l'Insee Pays de la Loire, cette typologie projette sur le territoire les besoins liés à la dépendance des personnes âgées⁸⁰.

a- Méthodologie

Une multitude de critères est décisive dans l'apparition et le développement des incapacités des personnes très âgées. En premier lieu, citons le critère **générationnel** : selon les gériatres, l'état de santé ainsi que le niveau de dépendance se dégradent avec l'âge. Comme il en a été question, l'étude fixe le seuil de l'âge de la dépendance à 82 ans. Le **sexe** constitue, lui aussi, un élément discriminant dans le vécu de la dépendance : à âge égal, les femmes subissent plus d'incapacités que les hommes. Le **mode de cohabitation** des ménages très âgés, seul ou non, est également un élément dans l'appréhension des situations et des besoins des personnes âgées dépendantes. En effet, il est montré que les conjoints ou les cohabitants s'acquittent des tâches ou des fonctions auxquelles la personne âgée dépendante ne peut plus répondre. De fait, en situation d'isolement résidentiel (ménage composé d'une seule

⁸⁰ LEBEAUPIN A., RABRAUD J., 2007, *Pays de la Loire : 65 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015*, Nantes, in Insee Etudes, n°53, Insee Pays de la Loire, p.3.

personne) d'une personne dépendante se pose la question du maintien ou non de la personne au domicile et des moyens d'interventions à mettre en œuvre. S'ajoute à ces causalités, **l'origine sociale** de la personne âgée. En effet, les personnes d'origine socio-professionnelle populaire subissent plus vite et plus fortement la dépendance tandis que les catégories les plus aisées la subissent plus tard et moins intensément. Les catégories d'anciens agriculteurs, ouvriers et employés sont les plus exposées. Dans ce sens, nous retiendrons la proportion de ménages retraités d'anciens agriculteurs et d'anciens employés-ouvriers dans l'appréhension géographique de la dépendance. Enfin, les réponses apportées aux situations de dépendance des personnes âgées s'attachent de plus en plus à privilégier **le domicile** comme espace de vie et comme espace à adapter aux situations de dépendance. En conséquence, ce nouveau type de réponses apportées aux situations de dépendance répond à des besoins, des nécessités d'adaptation et de confort de certains domiciles de personnes âgées dépendantes. Suivant la base de données du RGP 2006, nous pouvons retenir trois variables relatives à ces besoins précis des personnes âgées de plus de 82 ans : le statut (locataire/propriétaire), le taux d'inconfort (ni douche, ni baignoire) et l'ancienneté du domicile qu'occupent les ménages très âgés. Dans une optique de recensement des besoins, nous retiendrons respectivement, le taux de locataires, le taux de domicile sans douche ni baignoire et le taux de domicile achevé avant 1949 des ménages très âgés des intercommunalités régionales.

Tableau 5 : Table régionale des corrélations des variables relatives à la dépendance

		statut	CSP âgés populaires	propriétaires	logement achevé avant 1949	sans baignoire ni douche
personnes très âgées	homme*	-0,06	-0,004	-0,07	0,21	0,12
	statut	0,22	-0,02	-0,06	-0,13	-0,001
	statut	0,36	-0,05	-0,29	-0,14	0,23
	statut		0,02	0,61	0,52	0,52
population âgée de plus de 82 ans	CSP âgés populaires		0,23	0,17	0,59	
	logement achevé avant 1949					

Sur les 21 corrélations possibles, 10 sont significatives. Chacune des variables est, au minimum, corrélée à une autre. Celles qui présentent le plus de liens sont les variables relatives aux conditions d'habitation des personnes très âgées. Cette spécificité est également observée pour les ménages très âgés composés d'une seule personne : en effet, on remarque de manière significative, que les proportions de personnes très âgées, de ménages très âgés isolés et de femmes très âgées sont corrélés positivement.

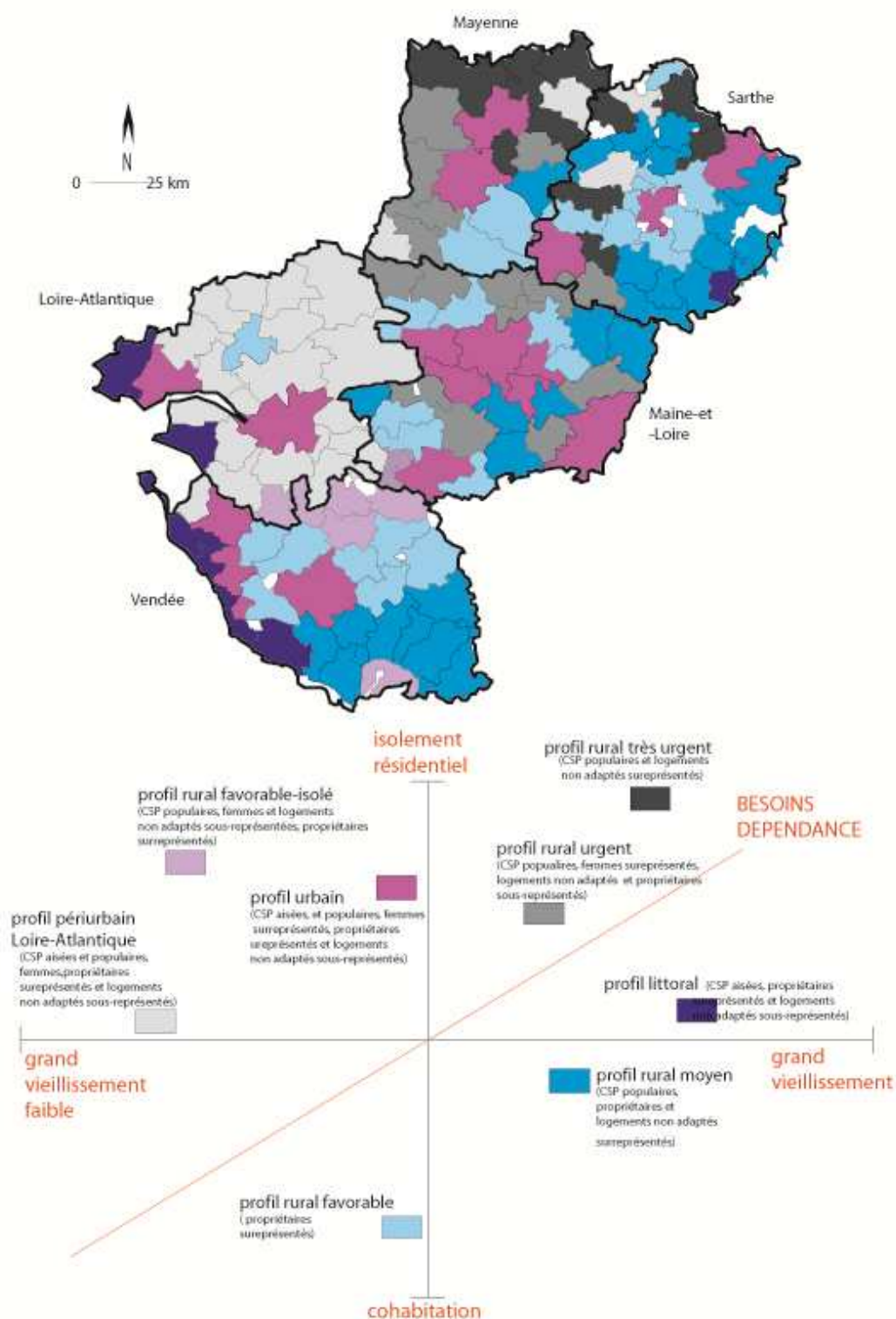
Suivant le degré de grand vieillissement, les résultats de la CAH nous montrent l'existence de 3 classes où les personnes très âgées sont très présentes, 3 classes où elles le sont peu, et d'une classe où elles le sont moyennement. Dans un souci de lecture, nous allons présenter ces profils de manière hiérarchique : des moins vieillis aux plus vieillis.

b- Des prédispositions favorables en milieu urbain et péri-urbain

En premier lieu, la typologie révèle un **profil urbain** où les proportions de ménages très âgés isolés, de femmes très âgées sont très fortes et où les conditions d'habitation inconfortables sont proches de la moyenne régionale. Au-delà, de ce profil urbain, apparaissent deux autres classes où les personnes très âgées sont sous-représentées : le profil **rural favorable** et le profil **péri-urbain**. Outre, le fait que la plupart des ménages très âgés y sont en moyenne plus propriétaires et sont d'origine populaire, on remarque que les conditions de vie et d'habitation divergent entre ces deux classes.

Le premier profil se démarque par une forte proportion de ménages très âgés isolés et de femmes très âgées, mais aussi par une forte proportion de ménages très âgés vivants dans des domiciles achevés avant 1949. Les besoins, en proportion moins élevés sont localisés dans les intercommunalités du bocage vendéen, du Choletais et dans les intercommunalités périurbaines du Mans. A contrario, le second profil se distingue du premier par une plus forte proportion de ménages très âgés isolés, de femmes très âgées et de ménages très âgés vivant dans des domiciles anciens et inconfortables. On localise ce profil principalement en Loire-Atlantique, au sein des intercommunalités jeunes et péri-urbaines.

Carte 16 : Prédilections territoriales de la dépendance dans la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

c- Le profil moyen et des prédispositions plus fortes à la dépendance en milieu rural

Au-delà de ces trois profils, on recense un **profil moyen** de la dépendance. Ce profil suit le degré vieillissement, la représentativité par sexe au grand âge, le taux de ménages isolés et la présence de catégories populaires de la Région. Ce profil se dévie de sa « pondération » par un taux de locataires très âgés supérieur à celui de la Région. Ce profil est visible en Anjou, notamment dans les intercommunalités péri-urbaines, dans les intercommunalités du nord du département et dans l'intercommunalité du Pays Saumurois. Cependant, ce profil n'est pas exclusif à l'Anjou, on le retrouve également au niveau des intercommunalités urbaines de la Roche sur Yon et de Laval.

Les quatre profils restants, qui ont en commun d'être très vieillis et de se localiser dans les intercommunalités périphériques de la Région, se différencient selon l'origine sociale et les conditions de vie des retraités. En premier lieu, la classification repère un **profil littoral** (en plus d'une intercommunalité sarthoise), où l'on observe une forte proportion des populations les moins prédisposées aux situations de dépendance. Les catégories aisées y sont très fortes et les catégories populaires, les femmes, ainsi que les ménages âgés isolés y sont peu présentes. En corollaire à ce terreau favorable, on recense en moyenne des conditions d'habitation de ménages très âgés plutôt favorables.

Le second profil, le **profil périphérique**, ne présente pas les mêmes prédispositions à la dépendance que le profil précédent. En effet, même si les femmes très âgées et les ménages très âgés isolés y sont moins présents, la présence de catégories populaires et les taux de vétusté (ancienneté et inconfort) au grand âge y sont surélevés. Géographiquement, les intercommunalités qui présentent ce profil se localisent en périphérie, que ce soit en Vendée ou dans l'est des départements de la Sarthe et du Maine-et-Loire.

Enfin, il ressort deux profils plus exposés aux situations de dépendance. Le premier profil qualifié « **d'urgent** » réunit des conditions sociales, sexuelles, géographiques et résidentielles propices au développement des situations de dépendance. En plus d'un taux élevé de femmes parmi les plus de 82 ans et un taux surélevé de ménages très âgés isolés, ce profil se distingue par une forte proportion des strates populaires (notamment des anciens agriculteurs). Le second profil « **très urgent** » se différencie par une superposition des conditions d'habitations mauvaises. Ce profil, où potentiellement et proportionnellement les besoins au domicile sont

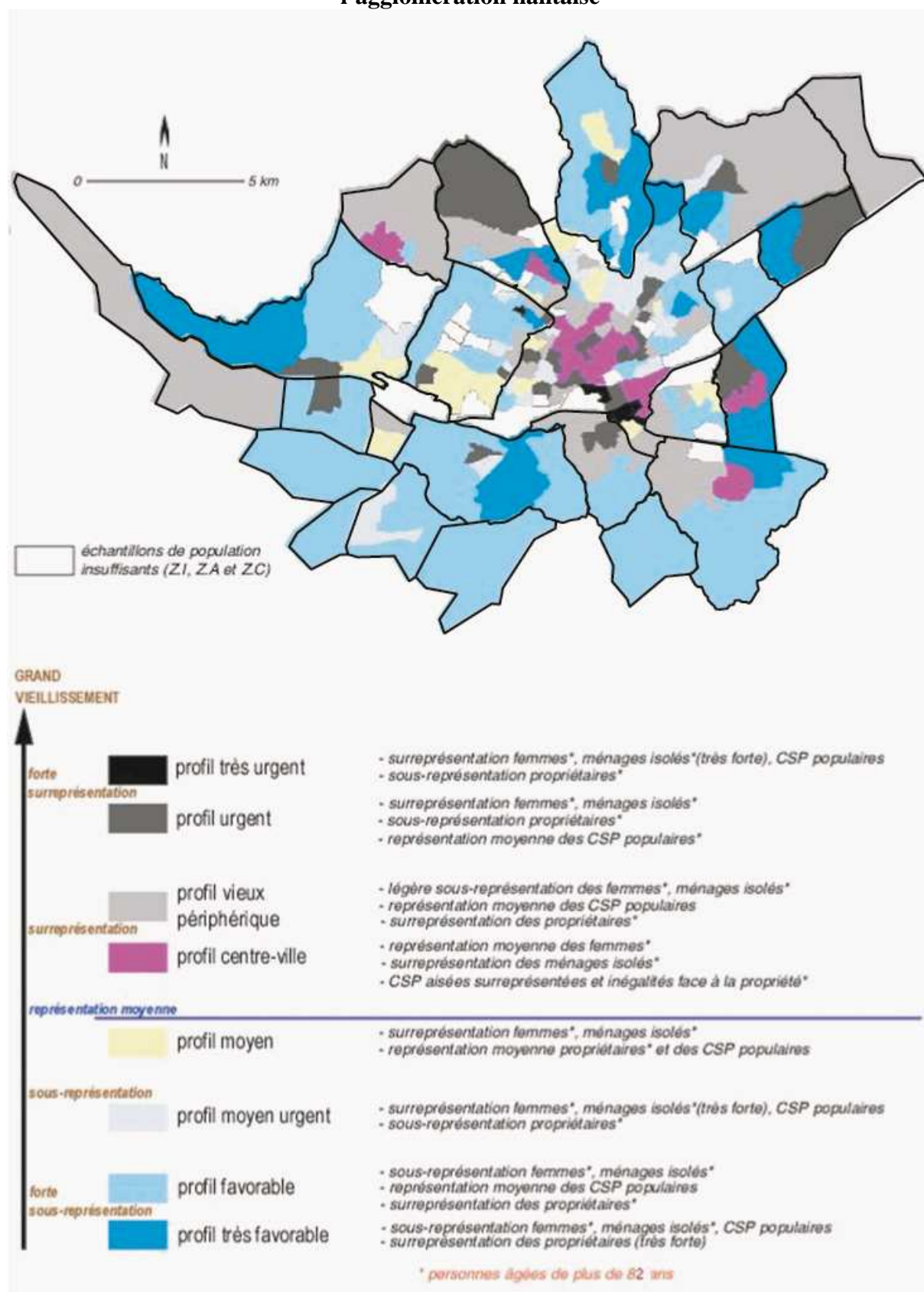
les plus élevés, se localisent dans les intercommunalités rurales du nord ouest de la Mayenne et du Maine-et-Loire. On en recense également au sud de l'agglomération angevine ainsi qu'au niveau de la baie de Bourgneuf (intercommunalités littorales).

d- A l'échelle de l'agglomération nantaise : des contrastes entre Centre-ville, péricentre et banlieue

Sept profils de dépendance ont été recensés sur l'agglomération nantaise : du profil favorable au profil très urgent. Les projections montrent que les anciens quartiers populaires de Nantes présentent les niveaux de besoins les plus élevés. Les proportions de personnes très âgées, les femmes très âgées et les ménages très âgés composés y sont très fortes. Le profil dit « périphérique » comme son nom l'indique, se localise dans les quartiers périphériques de Nantes et en banlieue. Il correspond aux IRIS où les personnes très âgées sont surreprésentées mais où l'exposition à la dépendance (sexe, vit seul, origine sociale) est plus mesurée. Le profil propre au Centre-ville de Nantes se démarque par une surreprésentation plus mesurée des personnes très âgées et surtout par une forte présence des personnes très âgées seules.

En parallèle, les IRIS périphériques du nord de Nantes et de certains quartiers de banlieue frontaliers de Nantes, bien que peu vieillissants, présentent de très fortes prédispositions au développement de la dépendance (fortes proportions des ménages très âgés composés d'une seule personne, des femmes très âgées et des catégories populaires). On est en droit de s'interroger dans ces espaces sur l'évolution du vieillissement et sur la nature des besoins qu'ils engendreront. Enfin, à l'inverse des profils ci-dessus, on observe que la majeure partie de la banlieue, notamment les communes de la seconde couronne de banlieue, présente de meilleures prédispositions démographiques et sociales par rapport à la dépendance : grand âge faible, fortes proportions de personnes très âgées vivant en couple, des hommes et des catégories socioprofessionnelles moyennes.

Carte 17 : Prédilections territoriales de la dépendance dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération nantaise



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

2- Typologie régionale des situations d'isolement au grand âge

Il a été démontré que les incapacités au grand âge, le sexe, l'origine sociale ainsi que les conditions d'habitation constituent des éléments favorisant l'isolement et le repli social. De fait à travers tous ces critères d'entrée (grand âge, sexe, vit seul, conditions d'habitation, possession d'un véhicule...), il a été possible de projeter à l'échelle régionale le degré de présence et d'exposition des populations âgées prédisposées à la baisse de la sociabilité et à l'installation de l'isolement social. Selon, le rapport annuel des Petits Frères des Pauvres⁸¹ et les travaux de la fondation nationale de gérontologie, l'isolement au grand âge oscillerait en 2007 entre 5 et 20 % de la population suivant le lieu et le mode d'habitation (avec une plus forte intensité de ces situations en milieu urbain).

a- Méthodologie

A partir des données du recensement de la population, plusieurs variables démographiques décisives dans les processus de désocialisation et d'isolement social ont été retenues : la présence des personnes âgées et très âgées, la structuration du vieillissement de la population (plus de 82 ans et 65-82 ans), la représentativité des femmes au sein de la population très âgée, la proportion de ménages très âgés isolés, l'origine sociale des ménages âgés et les ménages âgés sans voiture. Il en ressort la sélection de huit variables et la classification hiérarchisée autour des variables du grand vieillissement et des ménages âgés et très âgés isolés.

L'étude des valeurs centrales nous enseigne dans un premier temps les contrastes de proportions entre les 12 variables, mais également la dispersion de chacune. Au-delà de la hiérarchie de valeur entre les variables, on retient de l'analyse statistique préalable à la typologie que :

- la présence des personnes très âgées est corrélée de manière significative avec la présence des femmes âgées, des ménages âgés isolés, des diverses catégories sociales de retraités et enfin avec la proportion de ménages âgés ne disposant d'aucun véhicule.

⁸¹ http://www.petitsfreres.asso.fr/mediastore/11/8194_1_FR_original.pdf

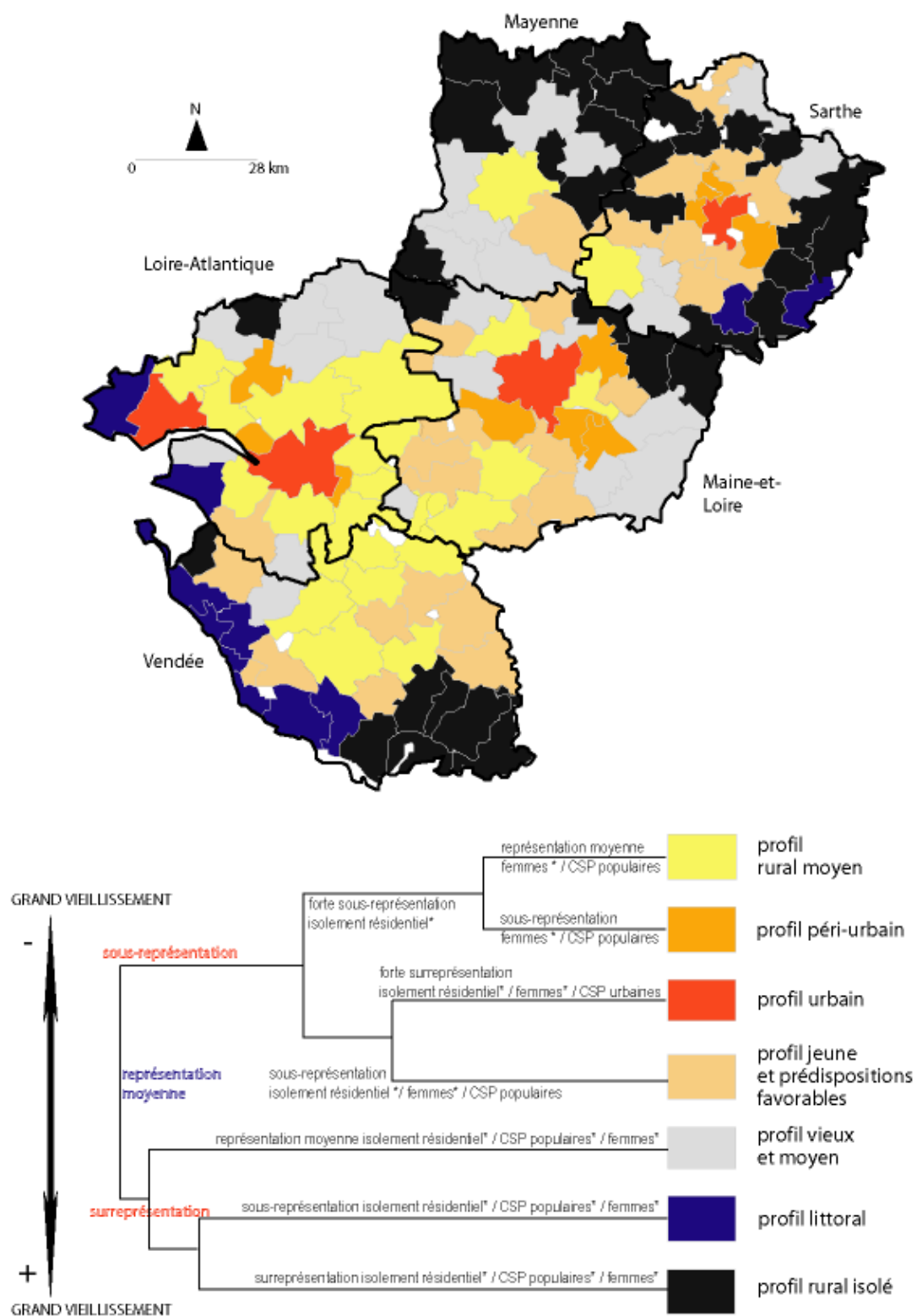
- la proportion de ménages âgés ne disposant d'aucun véhicule est corrélée à la proportion de femmes et de ménages isolés très âgés.

b- Des prédispositions fortes en ville et aux limites rurales de la Région

Il ressort de la typologie régionale 7 profils territoriaux. Tout d'abord deux profils où les proportions démographiques des personnes très âgées sont surélevées. Ces deux là s'opposent. En effet, le premier profil, « **le profil rural isolé** » du sud de la Vendée, du nord de la Mayenne et des périphéries est ou/et nord des trois départements restant se distingue par une concordance des niveaux des indicateurs propices au développement des situations d'isolement social et de désocialisation. On constate de fortes proportions des femmes très âgées, de classes populaires, de ménages très âgés isolés et de ménages ne disposant d'aucun véhicule.

A l'inverse, **le profil littoral**, présente des prédispositions opposées : faibles proportions de ménages très âgés isolés et populaires et fortes proportions de ménages très âgés possédant au moins un véhicule. On mesure bien entre ces deux espaces très vieillis le différentiel d'exposition sociale, démographique et géographique aux situations de désocialisation ou d'isolement social. Un troisième profil, **le profil vieux et moyen**, où les personnes âgées et très âgées sont légèrement surreprésentées (de 1 à 3 % supérieur à la moyenne régionale suivant l'intercommunalité) succède aux deux précédents. Ce profil des intercommunalités du nord des départements de la Sarthe, de l'Anjou et de la Loire-Atlantique mais également du sud de la Mayenne et du Saumurois, tient son homogénéité des indicateurs propices à une fragilisation sociale plus large des personnes âgées : fortes proportions de ménages isolés, de ménages populaires, de ménages très âgés ne disposant d'aucunes voitures, de femmes très âgées...

Carte 18 : Projection des situations d'isolement social au grand âge dans la Région Pays de la Loire



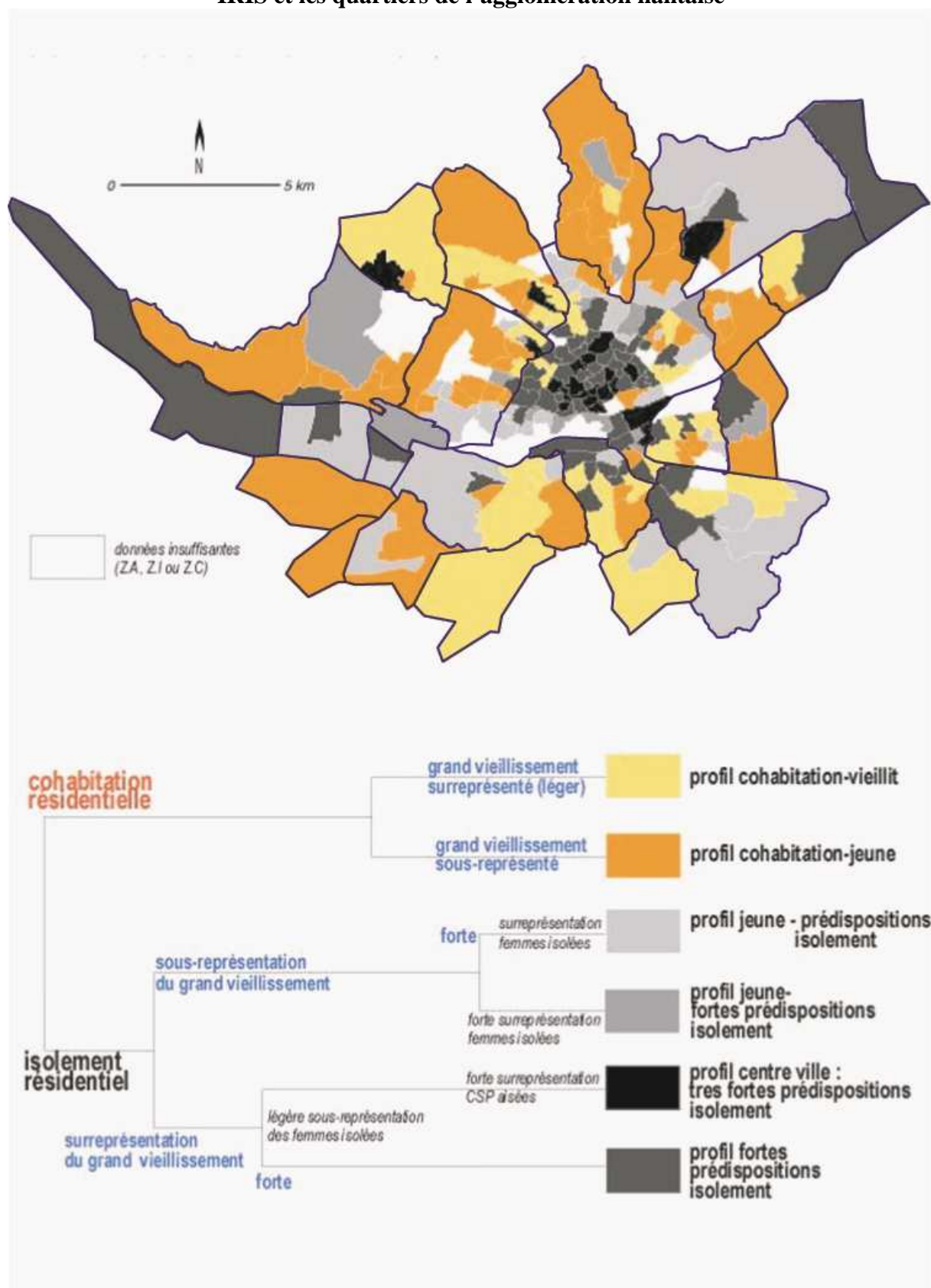
réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

Les intercommunalités du bocage vendéen, du sud et de l'est de l'Anjou appartiennent au **profil jeune**. Ces intercommunalités se caractérisent par un vieillissement du territoire plus mesuré et des conditions de vie propices à la cohabitation et au sous-développement des situations d'isolement des personnes âgées. En parallèle, se recense un **profil moyen** au niveau des intercommunalités urbaines de moyenne taille (la Roche sur Yon, Cholet et Laval) et au niveau des intercommunalités péri-urbaines voisines de Nantes et d'Angers. Bien que les personnes très âgées y soient sous-représentées, les prédispositions à l'isolement au grand âge y sont fortes : proportions élevées de ménages très âgés isolés, de ménages retraités d'origine populaire et de femmes très âgées.

A la périphérie des trois plus grandes agglomérations de la Région (Nantes, Angers et Le Mans) où les personnes âgées sont moins présentes, on recense un « **profil péri-urbain** » où les proportions de femmes et de ménages très âgés isolés sont faibles. Ce profil atteste de prédispositions plutôt favorables par rapport aux mécanismes d'isolement social et de désocialisation. Enfin, il existe un profil spécifique aux intercommunalités de Nantes, Angers, Le Mans et Saint-Nazaire, « **le profil urbain** ». Bien que peu vieilli, ce profil présente des prédispositions plus fortes : fortes proportions de ménages très âgés isolés, de femmes très âgées et de ménages âgés d'origine populaire. Malgré un grand vieillissement plus mesuré, ces quatre agglomérations présentent une proportion plus grande de variables démographiques relatives aux populations sujettes à subir l'isolement.

Avec six profils, les projections des situations d'isolement des personnes très âgées de **l'agglomération nantaise** révèlent l'opposition entre les fortes prédispositions aux mécanismes d'isolement des personnes âgées dans les quartiers centraux et péri-centraux, et les faibles prédispositions dans les communes de banlieue. La réunion des conditions propices aux mécanismes d'isolement des personnes âgées (surreprésentation des ménages très âgés isolés, des femmes très âgées, des ménages d'origine populaire...) est très forte dans le Centre-ville et les quartiers péri-centraux de Nantes. Elle l'est également dans les quartiers les plus denses et les plus vieillis des communes de banlieue. A l'inverse, au sein des quartiers périphériques de Nantes (à l'exception du sud de Nantes), des quartiers résidentiels de banlieue et des communes de la seconde couronne de banlieue, les variables propices au développement de situations d'isolement demeurent faibles (sous-représentation des personnes âgées et très âgées et des personnes âgées et très âgées vivant seules).

Carte 19 : Projection territoriale des situations d'isolement social au grand âge dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération nantaise



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2006.

CONCLUSION

L'analyse approfondie du vieillissement de la population de la Région Pays de la Loire a eu un double objectif : nous renseigner sur la teneur biologique, sociale et économique des problématiques gériatriques et, constituer un socle géographique original en vue d'une analyse régionale des interactions géographiques entre l'offre gériatrique et les personnes âgées.

Au-delà de ce double apport, la présentation du vieillissement de la Région Pays de la Loire met en évidence des clivages socio-spatiaux entre milieu rural, urbain et littoral. Les espaces ruraux sont les plus marqués par le grand vieillissement et sont les plus prédisposés aux situations de dépendance et d'isolement au grand âge. Ces espaces s'opposent aux intercommunalités urbaines et péri-urbaines de la Région où les proportions de personnes âgées sont moins marquées, mais aussi où les répartitions démographiques et les problématiques gériatriques mettent à jour de fortes inégalités socio-spatiales intérieures, notamment en ville. Enfin, sous le poids des migrations et des pressions foncières qu'il engendre⁸², les intercommunalités du littoral de la Région se démarquent par un vieillissement très prononcé mais sélectif. Espaces prisés, les littoraux réceptionnent en majorité des personnes âgées dont les capacités économiques et sociales prédisposent favorablement ces espaces aux problématiques du grand vieillissement.

Cette photographie géographique du vieillissement régional s'avère précieuse dans notre recherche. Elle s'inscrit dans une démarche de confrontation entre l'élaboration d'une politique par le haut, *top-down*, et sa concrétisation par le bas, *bottom-up*, utile à la compréhension des constructions sociales et spatiales des politiques publiques : « *l'analyse top-down met l'accent sur l'articulation verticale entre les niveaux à partir de l'impact du niveau supérieur sur le niveau inférieur tandis que l'approche bottom-up conduit plus à s'intéresser aux interdépendances entre acteurs relevant de différents niveaux sur un territoire donné* »⁸³.

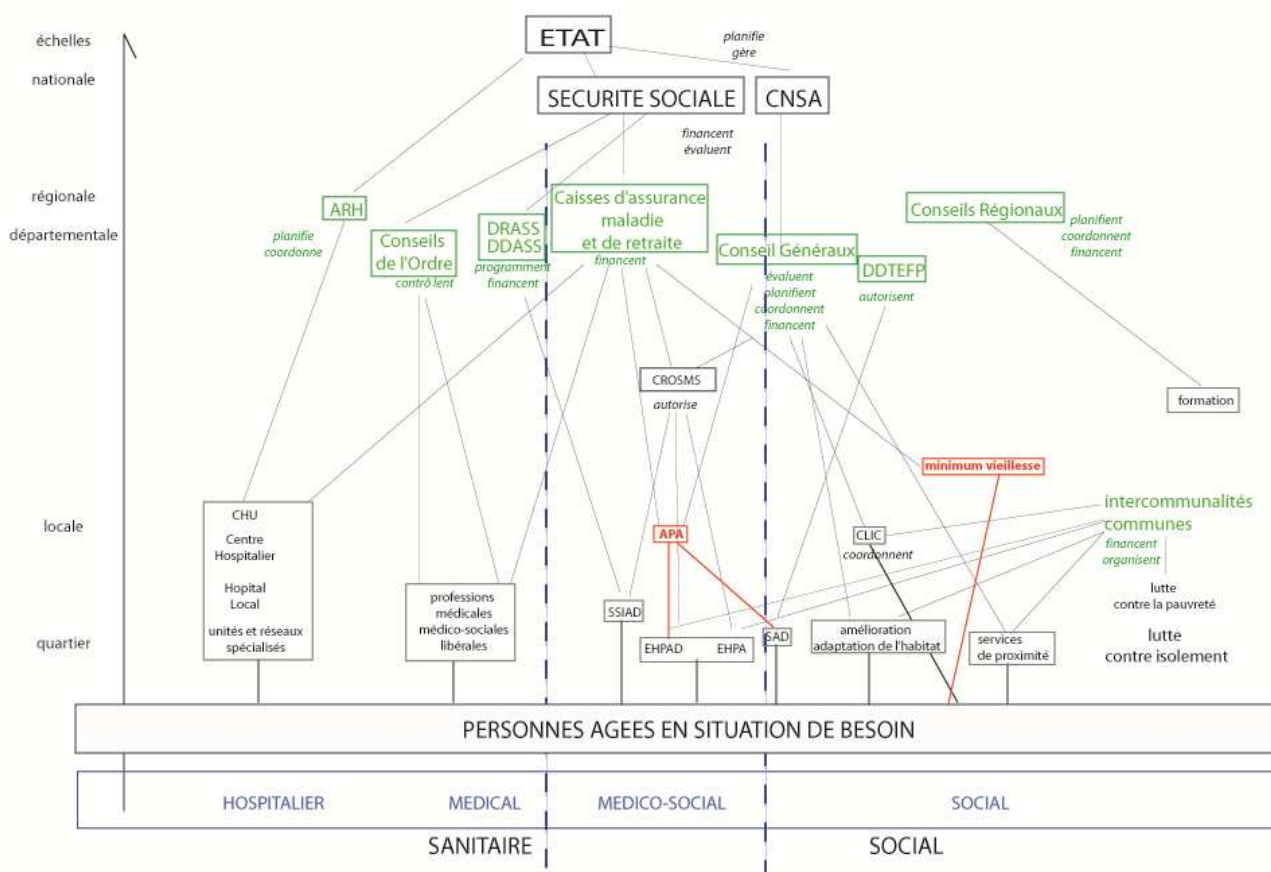
⁸² BESINGRAND D., 2005, *La mobilité résidentielle des seniors sur la façade atlantique de l'Europe*, Angers, Doctorat sous la direction de SOUMAGNE J., Université d'Angers, p.19.

⁸³ HASSENTEUFEL P., 2008, *Sociologie politique : l'action publique*, Saint-Quentin en Yvelines, Armand Colin, p.101.

PARTIE II : L'ACTION GERONTOLOGIQUE ENTRE POLARISATION BIO-MEDICALE ET CONTROLE DES DEPENSES

INTRODUCTION

Figure 11 : Le système d'acteurs gérontologiques territorialisés



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Comme la figure ci-dessus le montre, le système d'acteurs gérontologiques territorialisés présente de nombreuses frontières sectorielles, institutionnelles et multiplie les échelles d'action. L'enjeu des deux parties à suivre consiste à cerner les rapports qui régissent ce système d'acteurs pour en mieux cerner ses conséquences géographiques. Dans ce sens, les recherches relatives au système d'acteurs gérontologiques territorialisés seront rythmées en deux temps. Un premier temps de recherche relatif aux rapports sectoriels et économiques. Un second temps de recherche relatif à l'appropriation politique et territoriale des acteurs

gérontologiques et, de ses conséquences géographiques sur le versant de l'offre. Dans ce sens, la présente exposition des méthodes et des sources de recherches vaut pour l'ensemble des deux parties.

Comment établir des recherches sur les rapports et sur les productions qui découlent de ce système d'acteurs ? Les recherches ont fait le choix d'interroger à l'échelle départementale et au niveau des échantillons territoriaux d'observation les acteurs gérontologiques. Les interrogations auprès des acteurs portent sur leurs rapports aux cadres politiques et territoriaux, aux autres acteurs gérontologiques et au territoire. L'entretien présente plusieurs avantages pour une telle recherche. D'une part, il répond préalablement aux interrogations que se pose l'enquêteur et, d'autre part, comme le mentionne A. BALANCHET (1997) il permet de voir au-delà des questions énoncées en préalable et d'ouvrir à de nouvelles questions, de nouvelles causalités : « *C'est grâce à sa fonction heuristique, c'est à dire qui sert à la découverte d'idées et de pistes de travail que la pratique d'entretien se révèle si précieuse en sciences sociales* »⁸⁴. Enfin, l'entretien se révèle plus adapté à une telle entreprise de recherche sur les acteurs : en effet, il s'avère plus souple à l'interrogation d'acteurs dont les chalandises, les organisations et les politiques sont hétérogènes voire opposées.

Selon B. GAUTHIER (1992), l'entretien semi-directif « *combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance* »⁸⁵. A partir de la grille d'interrogation élaborée en préliminaire, l'un des travaux méthodologiques a été de dresser une liste des acteurs ressources. A l'échelle des quatre départements d'étude et des échantillons territoriaux d'observation et suivant les secteurs d'intervention, une liste d'acteurs gérontologiques a été établie. De manière distincte, elle dissocie les acteurs gérontologiques locaux des acteurs gérontologiques institutionnels situés à l'échelle départementale ou régionale.

⁸⁴ BALANCHET A., 1997, *Dire et faire dire, L'entretien*, Paris, Armand Colin, seconde édition, p.22.

⁸⁵ GAUTHIER B., 1992, *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données*, Quebec, Presse de l'Université du Quebec, seconde édition, p.63.

Tableau 6 : Problématique et architecture théorique des entretiens semi-directifs auprès des acteurs gérontologiques

Problématique : quels sont les effets géographiques des cadres politiques et territoriaux de l'action gérontologique sur les acteurs gérontologiques et le système d'acteurs auxquels ils appartiennent, et sur les besoins des personnes âgées par essence inégaux sur le territoire ?

A- PRESENTATION DE L'ACTEUR

- 1- Personne contactée :
- 2- Localisation :
- 3- Date et contexte de création :
- 4- Type(s) de service(s) assuré(s) auprès des personnes âgées :
- 5- Cadre législatif et territorial d'appartenance :
- 6- Statut juridique :

B- RAPPORTS AUX CADRES POLITIQUES ET TERRITORIAUX

- 7- Rapports avec l'autorité politique et administrative
- 8- Rapports géographiques avec l'autorité politique et administrative
- 9- Rapports avec le secteur gérontologique d'appartenance
- 10- Rapports avec les autres acteurs appartenant aux mêmes cadres d'action
- 11- Rapports avec les financeurs et avec les financés

C- RAPPORTS AUX ACTEURS GERONTOLOGIQUES LOCAUX

- 12- Rapports aux acteurs gérontologiques locaux
- 13- Degré d'intégration/participation aux dispositifs de coordination gérontologique

D- RAPPORTS AU TERRITOIRE ET A SON VIEILLISSEMENT

- 14- Rapports au territoire
- 15- Rapports au vieillissement du territoire
- 16- Rapports aux besoins gérontologiques du territoire

réalisation : BLANCHET M, Doctorat, Université de Géographie d'Angers, 2010.

Tableau 7 : Acteurs gérontologiques institutionnels interrogés

Administrations
ARH Pays de la Loire
DRASS Pays de la Loire
DDASS Loire-Atlantique
DDASS Maine et Loire
DDASS Vendée
DRETFP Pays de la Loire
Conseils Généraux
Conseil Général de la Loire-Atlantique
Conseil Général du Maine et Loire
Conseil Général de la Mayenne
Conseil Général de la Vendée
Conseils de l'ordre des médecins
Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Loire Atlantique
Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Maine et Loire
Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Vendée
Caisses de retraites
CRAM Pays de la Loire
MSA Vendée
MSA Maine et Loire

réalisation : BLANCHET M., Doctorat, Université de Géographie d'Angers, 2010.

Tableau 8 : Acteurs gérontologiques locaux interrogés suivant le secteur d'appartenance et la localisation géographique

	MEDICAL		MEDICO-SOCIAL			GERONTOLOGIQUE				SOCIAL		
	services hospitaliers	médecins généralistes libéraux	EHPAD	SSIAD	infirmières libérales	CLIC	EHPA	services d'aide à domicile	services de proximité	lutte contre la pauvreté	sociabilité	lutte contre l'isolement
Nantes Métropole	2	4	3	2	2	3	3	14	2	4	3	1
Agglomération du Choletais	2	2	2	3	1	1	0	5	1	0	1	0
Pays de Mayenne	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	0	0
Pays St Gilles Croix de Vier	0	1	1	1	1	1	1	4	0	1	0	0
Pays de Pouzauges	0	2	1	1	2	1	1	4	1	0	0	0
Canton de Baugé	1	1	2	1	0	1	0	2	1	0	1	1
	6	11	10	9	7	8	5	32	5	6	5	2

réalisation : BLANCHET M., Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Sur le terrain, la conduite de ces 127 entretiens semi-directifs s'est appuyée sur un déroulement type en 3 temps : un premier temps de présentation de l'enquêteur et de l'enquête, un second temps de questionnement et un dernier temps de conclusion et de remerciements. L'entretien débute avec l'énoncé des thèmes⁸⁶. La recherche d'informations précises repose sur le degré d'ouverture des questions, sur l'insistance et sur l'utilisation de questions indirectes. De manière souple, il revient alors à l'enquêteur d'orienter, de cadrer l'interlocuteur sur les thèmes de recherche, tâche parfois difficile. A la demande de l'enquêteur, il est utile de revenir sur certaines questions. Enfin, l'entrevue s'achève par des ouvertures, des projections, des remerciements et des coordonnées. Les entretiens s'adressant à des professionnels très engagés et enthousiastes, la canalisation et le recentrage des propos a constitué la principale difficulté de ce travail passionnant. Pour des raisons de confidentialité, les entretiens s'attacheront à présenter les interlocuteurs selon l'acteur et la position socio-professionnelle.

Enfin, le dernier chapitre relatif à l'évolution et à la structuration spatiale de l'offre gérontologique dans la Région Pays de la Loire s'est appuyé sur un travail de récolte d'informations statistiques auprès des différentes institutions gérontologiques. La mise en forme statistique et cartographique de cette récolte a permis de présenter les conséquences géographiques du système d'acteurs gérontologiques sur l'évolution et la structuration territoriale de l'offre.

⁸⁶ FREYSSINET-DOMINJON J., 1997, *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Monschrétien-EJA, p.175.

CHAPITRE IV – DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE POLARISEES SECTORIELLEMENT

1- Des processus sectoriels d'appartenance-reconnaissance inégaux

Dans leur définition de l'acteur territorialisé, H. GUMUCHIAN, E. GRASSET, R. LAJARGE (2003), posent la dotation de l'acteur d'une personnalité ayant conscience d'être et de pouvoir agir dans un cadre d'action déjà défini.⁸⁷ Selon D. JODELET (1989), la régulation sociale et ses normes influencent la cognition⁸⁸. Comme le maintient D. ARGOUD (1999), les politiques de la vieillesse se sont développées ces dernières années sous un modèle de reproduction sectorielle et socioprofessionnelle croisée. Il convient de valider ou non géographiquement ces affirmations. L'examen des rapports entre les acteurs gérontologiques impose la prise en compte de l'identité de l'acteur et du secteur auquel il appartient comme base constituante de son action et de ses rapports aux autres. Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG (1977), « *le pouvoir d'un acteur social est fonction de l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires. Il s'agit, en réalité, pour l'acteur d'élargir autant que possible sa propre marge de liberté et d'arbitraire pour garder aussi ouvert que possible l'éventail de ses comportements potentiels, tout en essayant de restreindre celui de son partenaire/adversaire* »⁸⁹.

Les rapports entre secteurs d'intervention révèlent les rapports de force qui animent l'action gérontologique. Dans ce jeu interactionnel, l'appréhension de son appartenance sectorielle et de celles des autres acteurs gérontologiques constitue une des clés de compréhension de l'action gérontologique territorialisée

⁸⁷ GRASSET E., GUMUCHIAN H., LAJARGE E., 2003, *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, Grenoble, Anthropos, p.45.

⁸⁸ JODELET D., 1989, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, p.55.

⁸⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Nanterre, Eres, p.72.

a- Une appartenance sectorielle des institutions sanitaires forte et assumée

Sur les 16 acteurs institutionnels et instances qui composent l'action gérontologique (l'ARH Pays de la Loire, 3 Conseils de l'Ordre des médecins, la DRASS, 3 DDASS, le Conseil Régional, 4 Conseil Généraux, la DRETFP et 3 caisses de retraites), ce sont les institutions sanitaires qui revendiquent le plus leurs appartenances sectorielles. Selon le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, l'appartenance au secteur sanitaire est assumée et revendiquée dans le discours : « Notre mission à l'agence est d'organiser les soins sur le territoire à partir du SROS. Par conséquent, sur le champ des personnes âgées nous ne nous préoccupons que des activités hospitalières en rapport. (...) Nous avons notre propre schéma, notre propre grille d'évaluation (grille PATHOS), nos propres problématiques dont certaines sont relatives au vieillissement de la population ». Elle s'accompagne d'une distinction nette des compétences de l'ARH avec celle des Conseils Généraux et des caisses de retraites, « Pour vous expliquer, le sanitaire et le social sont séparés dans notre pays. Chacun s'occupe de son secteur. Nous, nos préoccupations sont de réguler et de bien organiser l'offre sanitaire sur le territoire régionale. De leur côté, les Conseils Généraux et les DDASS, qui n'ont pas les mêmes découpages géographiques que nous, travaillent sur le champ médico-social, avec l'APA, la gestion des établissements... ». Cette différenciation est partagée par les Conseils de l'Ordre des Médecins des départements de la Vendée et de la Loire-Atlantique. Pour le Directeur de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée, « Les médecins ne font pas de social, pas de coordination gérontologique... Nous notre mission, c'est de soigner les personnes âgées et de les orienter vers d'autres professionnels de santé si nécessaire ». Selon le Directeur du Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique, « Qu'ils soient salariés ou libéraux, généralistes ou gériatres, nous avons pour principe d'action le curatif et de participer aux parcours des soins, c'est tout ! Après, vous me parlez du reste (secteurs médico-sociaux et sociaux), mais cela n'entre pas dans nos compétences ». Néanmoins, selon le Directeur du Conseil de l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire, cette distinction sectorielle ne rime pas forcément avec isolement : « Vu le positionnement de notre profession, c'est mieux, même si ce n'est pas nécessaire, d'avoir un œil sur ce que fait le Conseil Général dans le cadre de la dépendance ».

Comme le mentionne le Directeur de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée, cette reconnaissance s'accompagne d'un flou : « Entre le Conseil Général, la DDASS et les caisses de retraites, il y a beaucoup de recoupes et, franchement, il n'est pas toujours évident de savoir qui fait quoi, avec qui et pour qui » et « Pour les personnes handicapées ou âgées, les compétences sociales sont partagées entre l'administration et le Conseil Général. Après, chacun fait du social à sa manière ». Les institutions sanitaires et médicales n'en restent pas moins lucides sur l'origine de

ce flou. Selon le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, « la division entre sanitaire et social date d'après-guerre. Avant, les pouvoirs publics reconnaissaient dans les textes des compétences sociales aux hôpitaux. Sans négliger le rôle social informel qui reste, les politiques ont successivement découpé et dissocié le sanitaire du social pour en arriver là aujourd'hui ». Selon le Directeur du Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique, « Cette situation est consécutive à l'apparition de nouveaux acteurs sociaux et médico-sociaux dans les années 1960-1970 qui ont remplacé l'ancienne fonction sociale du médecin de village et de ville qui l'ont conduit à se concentrer sur sa mission de santé ».

Pour les acteurs administratifs et les caisses de retraites, cette segmentation est également intégrée. L'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales à la DRASS Pays de la Loire en charge du CROSMS, rappelle à juste titre que les services de la DRASS et les DDASS sont organisés suivant ces découpages : « Vous me posez une question importante (de quel secteur d'intervention faites-vous partie ?). Pour moi, la DRASS au même titre que les DDASS ont des missions sanitaires, médico-sociales et sociales. Ça se ressent jusque dans notre organisation puisque nos services sont partagés entre les affaires hospitalières, les établissements médico-sociaux... Les missions entre les inspecteurs ne sont pas les mêmes. Ca peut aller du contrôle sanitaire au contrôle social ». Même avis de la part du Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire, « Nous sommes organisés en plusieurs services. Au titre de l'action sociale, je gère une partie de l'APA et une multitude d'aides sociales en faveur des personnes âgées. Il existe aussi les services des retraites, les services de remboursement des frais maladies, les services de la prévention et de la prospection... ». Selon l'Inspecteur des Affaires Sanitaires Sociales de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, cette pluralité sectorielle fait des administrations déconcentrées des acteurs incontournables sur le champ gérontologique : « Au niveau du vieillissement de la population, on ne peut pas dire que nous soyons en dehors. Au contraire, même ! Nous avons l'avantage d'être positionnée sur plusieurs secteurs ce qui nous confère une reconnaissance incontournable de la part des institutions qui animent l'action gérontologique comme le Conseil Général et l'ARH. (...) ». L'Inspecteur des Affaires Sanitaires Sociales de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux semble plus dubitatif : « Les DDASS, à quoi elles servent ? A beaucoup et pas grand chose à la fois. C'est à juste titre que vous me dites que nous sommes assis sur plusieurs secteurs d'intervention (...). La DDASS ressemble à un couteau suisse et est écartelée entre plusieurs types de missions qui sont complémentaires ou qui n'ont rien à voir suivant les situations. Pour moi la DDASS se retrouve pénalisée dans ses compétences et mangée par l'ARH ou les Conseils Généraux. La multiplication des instances de coordination, où on nous demande seulement notre avis (comme le CROSMS) en est l'ultime aboutissement ».

Dans un contexte de renforcement des compétences gérontologiques des Conseils Généraux, il ressort un fort ancrage sectoriel des institutions et des administrations sanitaires.

Pour J-C. HENRARD et J. ANKRI (2003), ce dernier est la résultante de la décentralisation qui, par ricochet, a accru les imperméabilités des institutions sanitaires : « *La politique de reconversion des anciens hospices et la décentralisation de l'action sociale confiée aux départements ont renforcé la dichotomie entre le secteur sanitaire et le secteur social, contrairement aux recommandations initiales* »⁹⁰. Si les institutions et les administrations médicales se sentent renforcées par ce découpage, les services médico-sociaux et sociaux des administrations sanitaires et sociales (des DDASS) se sentent moins compétents du fait d'une réduction des rôles au profit des Conseils Généraux.

b- Des administrations et des caisses de retraites à la recherche de nouveaux équilibres politiques et sectoriels

Comme le note le sénateur P. BLANC (2006), en conférant aux Conseils Généraux des compétences gérontologiques et sociales, les administrations et les caisses de retraites ont opéré un repli sectoriel qui s'est traduit par une baisse des effectifs, une redéfinition de leurs rôles vers le secteur sanitaire et par une limitation de leurs compétences sociales aux fonctions d'autorisation et de contrôle⁹¹. Pour l'Inspecteur des Affaires Sanitaires Sociales chargé des établissements médico-sociaux de la Loire-Atlantique, cette pluralité sectorielle constitue un atout, « Au niveau des secteurs qui composent l'action gérontologique, on ne peut pas dire que nous soyons en dehors. Au contraire, même ! Nous avons l'avantage d'être positionné sur plusieurs secteurs ce qui nous confère une reconnaissance incontournable de la part d'institution comme le Conseil Général, l'ARH, ou le Conseil Général qui, du point de vue des compétences gérontologiques, n'ont pas le même positionnement ». Mouvements que D. ARGOUD (1999) prophétisait : « *Bien que la majorité du secteur social ait été transférée aux Conseils Généraux, les DDASS et les DRASS ont en charge une multitude d'actions par le biais de co-administration. Elles ont le sentiment de toucher des sentiments très divers, sans être capables d'intervenir avec pertinence et efficacité. La décentralisation ne s'est pas accompagnée d'une réflexion de fond sur le nécessaire réaménagement de l'Etat dans un environnement social en mutation* »⁹².

⁹⁰ ANKRI J., HENRARD J-C., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Saint Quentin en Yvelines, ENSP Editions, p.219.

⁹¹ BLANC P., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, Paris, Sénat, Rapport remis à BAS P., Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, personnes handicapées et la famille, p.44.

Selon T. FRINAULT (2009), les caisses de sécurité sociale ont été affectées par la montée en puissance des compétences sociales et gérontologiques des départements : « *La réforme de l'APA a sans conteste influencé les politiques gérontologiques des organisations de sécurité sociale en les incitant à se positionner et à se réinventer* »⁹³. Comme l'avoue le Directeur du service d'action sociale de la MSA Vendée, « Il faut être clair, le renforcement du département en matière d'action sociale, réduit nos actions gérontologiques aux retraites et aux frais maladie, ce qui n'est pas rien, mais sur le champ social, nous avons moins de marge de manœuvre. Pour exister, nous n'avons que la possibilité de développer des partenariats et de lancer des dispositifs innovants (...). Après, il ne faut pas être hypocrite, pour certaines caisses de retraites, ce délestage a été vécu comme un affront mais aussi comme une opportunité économique et administrative. Donc certaines caisses font le choix d'en rester à ce partage, d'autres cherchent à innover sur le plan social ». Selon le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire cette redistribution des cartes a imposé aux organismes de sécurité sociale d'adaptation de leurs politiques en fonction des orientations et des dispositifs des Conseils Généraux : « en fonction des politiques des Conseils Généraux. C'est-à-dire en les appuyant économiquement quand bon nous semble et en veillant à développer des dispositifs d'action, d'accompagnement social à l'échelle locale, actions que ne peuvent accompagner les Conseils Généraux qui ont déjà bien à faire avec l'APA (...) Nous nous inscrivons davantage dans un rapport d'adaptation aux politiques des Conseils Généraux que dans un rapport de concurrence politique qui se traduirait par la recherche de nouvelles formes et de nouveaux segments d'action ».

L'affirmation du département sur le champ gérontologique a réduit les marges de manœuvre politiques et d'action d'institutions historiquement impliquées auprès des personnes âgées. De cette réduction, il ressort une adaptation de ces institutions aux compétences et aux politiques gérontologiques des Conseils Généraux. Ce rapport d'adaptation révèle une certaine frilosité qui s'explique par l'opportunité que représente, dans un contexte économique restreint, la promulgation du département comme chef de file gérontologique.

⁹² ARGOUD D., 1999, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.147

⁹³ FRINAULT T., 2009, *La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.195.

c- Les Conseils Généraux : une identité gérontologique structurée autour de la dépendance

La création de l'APA et les lois du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale ont eu pour effet de concentrer les politiques et les actions gérontologiques des Conseils Généraux autour de la dépendance. Selon les témoignages, cette polarisation se traduit par une plus grande objectivation et délimitation des compétences médico-sociales des Conseils Généraux, et par un développement contrarié de leurs compétences sociales et de la coordination.

Si le Directeur du service d'action gérontologique de la Loire-Atlantique avoue que les compétences gérontologiques des Conseils Généraux traversent plusieurs secteurs, « les Conseils Généraux ont hérité de compétences sociales fortement assujetties aux paradigmes médicaux (la dépendance). Nos compétences sur le champ des personnes âgées sont les suivantes : planification gérontologique, versement et évaluation APA, autorisation-médicalisation des maisons de retraites, aide sociale... Vous voyez, nous faisons à la fois du social teinté de médical (le médico-social) et du social », le Directeur du service de l'action gérontologique de la Mayenne, estime que cette sectorisation n'a pas lieu d'être : « Nous répondons aux besoins des personnes âgées. Nous faisons de l'action gérontologique. Vos références sectorielles ne nous intéressent pas ». Selon le Directeur du service d'action gérontologique du Maine et Loire, les Conseils Généraux se sont renforcés sur le champ gérontologique en mêlant prérogatives médico-sociales et sociales. L'action gérontologique de ces instances s'est en effet structurée autour de la problématique de la dépendance : « On n'a pas les mêmes réponses ni les mêmes interlocuteurs suivant les différentes problématiques. Nous faisons autant du médico-social à travers la dépendance que du social à travers l'aide sociale. Vous voyez bien que c'est imbriqué et que suivant les situations, les interlocuteurs et les partenaires institutionnels ne sont pas les mêmes ». De fait, selon lui, le positionnement du Département entre plusieurs secteurs d'intervention (à partir de la dépendance) l'a renforcé sur le champ gérontologique : « C'est une problématique évidente, reconnue par tous. Elle incite les Conseils Généraux à mener des politiques partenariales avec les caisses de retraites, l'Etat, les collectivités locales. Les Conseils Généraux en sont ressortis grandis, car dans un contexte d'éclatement sectoriel des compétences de chacun, ils jouent un rôle unificateur ».

Aux yeux des institutions gérontologiques, cette posture inter-sectorielle débouche sur une lecture réversible des compétences gérontologiques du Conseil Général. Selon le Directeur du service d'action gérontologique de la Loire-Atlantique : « Avec les professionnels

sociaux, on nous reproche de faire du médico-social, avec les professionnels médico-sociaux, c'est l'inverse ». Pour le Directeur du service d'action gérontologique de la Vendée, cette réversibilité est surtout effective aux yeux des institutions et des acteurs sanitaires : « Les compétences gérontologiques du Conseil Général sont à cheval sur une frontière. Il n'y a pas eu d'arbitrages sur les compétences médicales, donc avec l'APA, on se retrouve à co-gérer des situations médicales qui nécessitent l'intervention de professionnels médicaux. Dans tout cela, nos compétences sociales sont un plus puisqu'elles apportent un surplus d'aide à la vie quotidienne. Après, c'est sûr que la DDASS ou les professionnels de santé ont du mal avec cela. Ils préféreraient que l'on ne s'occupe que du social, pour eux ça serait plus clair ». Selon lui, les Conseils Généraux ont clairement intégré la limite sectorielle existante avec les institutions sanitaires : « Nous n'avons pas le même champ de compétences, mais nous sommes complémentaires avec des acteurs comme l'ARH, les médecins, les Hôpitaux... » et affichent un positionnement gérontologique transversal à la lecture de leurs schémas gérontologiques respectifs⁹⁴.

Néanmoins, les entretiens montrent que, sur le champ gérontologique, les compétences sociales des Conseils Généraux ne bénéficient pas du même écho sectoriel. Trois des quatre Conseils Généraux interrogés ont conscience de cette limite due à un développement limité des actions gérontologiques sur un registre plus social et préventif. D'après le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, « Avec la dépendance, on a tendance à sous-estimer les compétences sociales en matière d'action gérontologique du Conseil Général. L'aide sociale, le financement de projet de sociabilité, de services de proximité ne sont pas identifiés comme des compétences propres. On a tendance à focaliser sur Alzheimer ou la démence, mais notre mission originelle est de se préoccuper du sort de toutes les personnes âgées. Le problème est que si notre action à destination des personnes âgées dépendantes est identifiée par tous, nos compétences sociales ne le sont pas, surtout aux yeux des institutions de santé ». Bien que d'autres compétences comme l'action sociale, le transport, l'habitat renforcent les potentialités d'action des Conseils Généraux, il est étonnant d'observer que l'identification et la structuration des compétences gérontologiques des Conseils Généraux s'est faite autour de la dépendance. Comme le soutient le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, le croisement des compétences sectorisées des Conseils Généraux se heurte à des moyens limités et à une vision catégorielle des compétences des Conseils Généraux : « Il faut être clair, pour l'instant, notre cœur de métier c'est la dépendance. Sous l'accroissement de la demande, avec les efforts de médicalisation des maisons de retraites, les Conseils Généraux ont inégalement transversalisé leurs politiques gérontologiques (...) Ce n'est pas une mince affaire de transversaliser, car il existe parfois des rivalités, des incompréhensions entre élus, professionnels

⁹⁴ SCHEMAS GERONTOLOGIQUES DES CONSEILS GENERAUX DE LA LOIRE-ATLANTIQUE, DU MAINE ET LOIRE, DE LA MAYENNE ET DE LA VENDEE.

suivant les compétences ». Au-delà des schémas gérontologiques, l'analyse des actions développées par les Conseils Généraux montre, que ceux de Loire-Atlantique, de Mayenne et du Maine-et-Loire entreprennent cette démarche transversale à travers le rapprochement des services gérontologiques et handicapés et à travers la création de services de transports à la demande.

Il ressort au final des entretiens et des analyses des schémas gérontologiques que le positionnement des compétences gérontologiques des Conseils Généraux entre plusieurs secteurs d'intervention n'a pas eu pour effet de transversaliser les postures gérontologiques. Au contraire, la structuration des compétences et des prérogatives gérontologiques de ces derniers autour de la dépendance s'est traduite par une accommodation et même une intégration de l'interface sectorielle sanitaire-sociale sur laquelle ils sont positionnés. Faute de moyens et sous le poids des activités de la dépendance, les Conseils Généraux n'ont pu développer de nouvelles marges de manœuvre sociales.

d- A l'échelle locale, une appropriation sectorielle solidaire du niveau de l'offre

A la lecture du tableau ci-dessous, on observe, que l'appartenance sectorielle est bien plus marquée pour les acteurs relevant des cadres sanitaires et médico-sociaux et qu'elle l'est moins pour les acteurs gérontologiques et sociaux. D'après les entretiens, il n'existe pas d'équivoques sur le cadre d'appartenance politique et sectorielle des acteurs hospitaliers et médicaux. Pour un Médecin Libéral de Nantes interrogé, la référence au secteur médical s'impose d'elle même : « Quand vous êtes médecin, vous êtes inscrit au Conseil de l'Ordre. Ça marque et ça rappelle bien la profession à laquelle vous appartenez. (...) Par conséquent notre mission se résume au premier maillon de proximité de la chaîne sanitaire : les patients nous rendent visite puis nous les orientons vers des spécialistes ou bien des établissements ».

Tableau 9 : Identification sectorielle des acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur d'appartenance et la localisation géographique (en %)

	SANITAIRE	MEDICO-SOCIAUX	GERONTOLOGIQUE	SOCIAL	Moyenne
Nantes Métropole	100	86	68	50	72
Agglomération du Choletais	100	67	71	0	67
Pays de Mayenne	50	67	75	50	70
Pays St Gilles Croix de Vie	100	67	50	0	54
Pays de Pouzauges	50	75	57	33	46
Canton de Baugé	100	100	50	0	64
<i>Moyenne</i>	82	69	64	38	62

réalisation : BLANCHET M., Doctorat, de Géographie Université d'Angers, 2010.

Sur le plan géographique, l'appartenance sectorielle des acteurs sanitaires est plus élevée en ville qu'en milieu rural. Au sein des intercommunalités de Nantes et de Cholet, de Saint Gilles Croix de Vie et de Baugé, elle est assumée par l'ensemble des acteurs sanitaires rencontrés. En revanche, la moitié des acteurs sanitaires interrogés au sein des intercommunalités du Pays de Mayenne et du Pays de Pouzauges ne revendique pas d'appartenance sectorielle et en souligne même le caractère réducteur. Bien que conscients d'appartenir à ces cadres politique et d'action prédéfinis, ces acteurs abordent davantage leurs compétences sous un angle territorial que sectoriel : selon un Médecin Libéral de Pouzauges, « Je m'en moque d'appartenir à telle ou telle case ! Ça ne m'intéresse pas, je ne suis pas là pour ça et je n'envisage pas ma profession comme cela. Pour vous expliquer, je considère davantage ma mission comme un tout plutôt que comme une spécificité. On est en milieu rural, c'est différent de la ville où il existe plein de structures complémentaires. On a un rôle de terrain incontournable qui va au delà de la simple médecine », et selon le Directeur du Centre Hospitalier de Mayenne, « Notre établissement est un établissement public hospitalier et relève de la fonction publique hospitalière. Mais nous ne nous considérons pas comme un simple établissement sanitaire. Nous sommes également un acteur économique important, un acteur politique incontournable et par ces deux fonctions un acteur social ». Le référencement de ces acteurs sanitaires à d'autres cadres d'action est plus marqué en milieu rural. Cette tendance s'explique, dans des zones moins denses, à travers le poids économique et social de ces activités sanitaires. Les entretiens révèlent que, localement, les acteurs sanitaires reconnaissent en partie les interventions des autres acteurs gérontologiques. En revanche, l'entière majorité des acteurs

sanitaires sondés peine à situer les acteurs et les actions sociales en faveur des retraités et des personnes âgées, en atteste le témoignage du Responsable de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vendée : « A la Chataigneraie (lieu de son cabinet), il y a beaucoup de services qui passent se présenter et/ou déposer des prospectus. Des fois je refuse, je ne sais pas à qui j'ai affaire, je n'ai aucune visibilité. Entre la coordination des CLIC, les services d'aide à la personne, le CESU, le chèque-taxi... C'est difficile de suivre qui fait quoi ».

L'appartenance sectorielle des acteurs médico-sociaux interrogés suit celle des acteurs sanitaires et respecte la même géographie. Néanmoins ce sentiment d'appartenance plus mesuré s'explique par la superposition entre le sanitaire et social plus forte les acteurs médico-sociaux. L'infirmière-coordinatrice du SSIAD intercommunal du Choletais explique à ce sujet que : « A quel cadre d'action on appartient ? Vu que nous sommes sur des financement sécurité sociale et que la DDASS nous classifie dans les établissements médico-sociaux, je dirai médico-social. Mais honnêtement, notre secteur d'appartenance, j'ai du mal à le situer. On a des infirmières et des aides-soignantes dans notre SSIAD. On retrouve ce type de professions dans les hôpitaux. Donc il n'y a pas de logique sectorielle à proprement parler mais plutôt une logique politique qui consiste à hiérarchiser l'action médicale, hiérarchie dans laquelle je vous laisse deviner notre place... ». Suivant les échantillons territoriaux, le sentiment d'appartenance sectoriel des acteurs médico-sociaux locaux est inégal. Il est plus élevé dans l'intercommunalité de Nantes où la présence d'acteurs gérontologiques est forte et dans l'intercommunalité de Baugé où l'hôpital demeure un acteur moteur. A contrario, ce sentiment d'appartenance est moins élevé au sein de l'intercommunalité du Choletais et des intercommunalités rurales où les acteurs gérontologiques sont moins présents.

Pour les acteurs gérontologiques et sociaux locaux interrogés, on observe une appartenance sectorielle moins forte. Plus précisément, ce sentiment est un peu plus élevé au sein des associations d'aide à domicile : si le Président de l'ADMR May et Evre (Agglomération du Choletais) estime que « nous sommes positionnés sur le secteur gérontologique. Nous apportons une aide sociale en complément des aides médicales aux personnes âgées. (...) L'APA ainsi que les usagers représentent le carburant de nos activités », le Directeur du service personnes Agées du CCAS de Mayenne, le Président de l'ADMR de Commequiers (canton de Saint Gilles Croix de Vie – Littoral Vendéen) ainsi que le Directeur des Petits Frères des Pauvres de Nantes ont respectivement du mal à se situer et à s'identifier sur l'échiquier sectoriel de l'action gérontologique : « Notre service (d'aide à domicile) s'adresse autant à des personnes âgées dépendantes qu'à des personnes en bonne santé ou même à des personnes en difficulté sociale. Donc je ne vois pas bien l'intérêt de nous classer car nous n'intégrons qu'un seul critère, l'âge », « Je viens du médical (ancienne infirmière en milieu hospitalier). (..) Où se positionnent les ADMR locales ? Je sais pas trop » et « Les petits frères sont une

association qui dépend d'une fédération plus que d'un secteur ». De plus, le sentiment d'appartenance croît dans les intercommunalités où l'on recense le plus d'acteurs gérontologiques. Cette croissance atteste d'une référence sectorielle solidaire de la concentration locale des autres acteurs gérontologiques. En situation de concentration géographique, ces derniers s'identifient plus aux secteurs auxquels ils appartiennent, sentiment qui décline lorsque l'offre est moins concentrée. Enfin, pour le Directeur de l'Office des Retraités et des Personnes Agées de Nantes (ORPAN), le déficit de reconnaissance des acteurs gérontologiques positionnés sur le champ social s'explique par « un manque de cadre qui structure nos missions et nos compétences. Aux yeux de la population et des acteurs sanitaires, on a du mal à nous situer. Un cadre législatif et sectoriel nous conférerait une véritable légitimité sectorielle et serait, de fait, reconnu par l'ensemble des acteurs de l'action gérontologique, y compris les acteurs sanitaires et les familles ».

e- Un dépassement sectoriel inégal localement

Tableau 10 : Dépassement des compétences sectorielles des acteurs gérontologiques locaux selon le secteur et l'échantillon géographique (en %)

en %	SANITAIRE	MEDICO-SOCIAUX	GERONTOLOGIQUE	SOCIAL	Moyenne
Nantes Métropole	67	71	49	63	63
Agglomération du Choletais	50	67	51	0	56
Pays de Mayenne	0	33	50	0	30
Pays St Gilles Croix de Vie	0	67	50	0	45
Pays de Pouzauges	50	25	43	0	38
Canton de Baugé	100	67	75	0	64
Moyenne	53	58	56	--	54

réalisation : BLANCHET M., Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

A la question « *vos actions se limitent-elles au(x) secteur(s) d'action auquel vous appartenez ?* », 53,7 % des 106 acteurs gérontologiques interrogés répondent positivement. De cette réponse, il ressort deux indications : une première, qui montre que les acteurs sociaux locaux ont davantage tendance à appréhender et à développer leurs actions au-delà de leurs

limites sectorielles, et une seconde, qui montre que cette posture locale est plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Un peu moins de la moitié des 17 acteurs sanitaires locaux interrogés appréhendent leurs actions au-delà de leurs propres cadres. Selon le Directeur de l'HAD du CHU de Nantes, cette posture est incontournable pour les grands établissements sanitaires : « Nos activités ne se cantonnent pas aux murs de l'hôpital et la gestion des flux (de patients) nous impose d'investir les champs sociaux et territoriaux. Enfin le CHU est un acteur économique important puisqu'il exploite des milliers de personnes ». A l'instar du CHU de Nantes, ces compétences territoriales et sociales sont également intégrées par l'Hôpital Local de Baugé et les Centres Hospitaliers de Mayenne et de Cholet. Comme le précise S. FLEURET (2003), par leurs fonctions hospitalières mais également par leur poids économique et social les établissements hospitaliers dépassent à l'échelle locale leur simple secteur d'action : *« Par ses fonctions d'employeur, de consommateur et de formateur, l'hôpital occupe une place primordiale dans la vie économique locale et tout mouvement de recomposition est ressenti comme une menace, pesant non seulement sur l'activité médicale, mais aussi sur l'équilibre socio-économique local »*⁹⁵.

Pour les médecins libéraux interrogés, l'appréhension plus large de leurs compétences est moins forte, notamment en ville. Cependant, les trois médecins libéraux interrogés situés en milieu rural estiment que le généraliste ne peut s'affranchir des variables sociales et territoriales : un médecin libéral de Pouzauges estime à ce propos qu'« Il y a de plus en plus de personnes âgées sur mon territoire, donc ça impacte forcément sur mon activité et la nature des besoins. Je ne peux pas prendre en compte de manière rigide les besoins, c'est pour cela que dès que j'ai un coup de fil du CLIC ou bien, dès qu'une association d'aide à domicile a besoin de moi je réponds. Si je ne prends pas en compte cette réalité et les acteurs qui m'entourent, comment voulez-vous que je m'en sorte ? On a multiplié les réponses aux personnes âgées, dans tout ça je ne suis qu'un maillon, donc je suis obligé d'avoir un peu de recul sur ma stricte fonction médicale ».

Une plus large majorité d'acteurs médico-sociaux et gérontologiques locaux estime que ses actions se limitent aux cadres politiques et sectoriels fixés. Cette propension est plus forte dans les intercommunalités de Nantes et de Baugé (respectivement 71,4 et 51,9 % pour la première, et 66,7 et 75 % pour la seconde). Si pour l'intercommunalité de Baugé cette

⁹⁵ FLEURET S., 2003, *Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé*, Angers, in Géocarrefour, n°78, p.244.

situation découle de conflits locaux, sur Nantes, cette rigidité sectorielle et locale s'explique selon l'Infirmière coordinatrice du SSIAD de Nantes, par la superposition des frontières d'intervention entre des acteurs sur-concentrés : « Les limites d'intervention entre les SSIAD et les SAD sont entrecroisées.(...) Comme il y a de plus en plus de services d'aide à domicile, nous mettons en avant notre savoir-faire et nos compétences sur des interventions précises. Nous ne pouvons nous disperser et repousser les frontières (relatives à leurs compétences). On s'épuiserait et puis ça nous enlèverait notre spécificité médicale et nous rendrait moins crédible aux yeux des professionnels et des usagers. Donc, en l'état, nous n'envisageons nullement de voir au delà nos missions ». Cette interpénétration propice selon D. ARGOUD aux « querelles de frontières »⁹⁶ s'observe également au niveau des établissements d'accueil pour personnes âgées. Dans un contexte de diversification de l'offre, les entretiens montrent que les maisons de retraites médicalisées restent concentrées sur leurs missions d'encadrement médico-social.

A l'inverse, les acteurs gérontologiques, notamment les services d'aide à domicile et les établissements non médicalisés, font preuve d'une plus grande souplesse : un peu plus de la moitié d'entre eux appréhende leurs compétences au-delà de celles qui lui sont allouées. Néanmoins, on observe que dans des contextes de surconcentration de l'offre en milieu urbain, ce positionnement se fait moins diffus. Dans ce sens, le Président de l'ADMR de May et Evre (association d'aide à domicile de l'Agglomération du Choletais) estime que, « l'ADMR est un acteur historique dont les missions dépassent largement le cadre de l'aide à domicile.(...) Les personnes et les familles qui viennent chez nous, ne viennent pas seulement pour une aide au domicile. Ils savent que chez nous, il y a une culture sociale et locale. On met en relation des personnes qui habitent la même commune ce qui, à mon avis, renforce les liens sociaux et favorise les coups de pouce ou bien la participation à des événements festifs ou de loisirs ». A l'inverse, le Directeur d'Addecco à Domicile (SARL, Nantes) ainsi que le Président de l'ADMR du Canton de Baugé (association d'aide à domicile du canton de Baugé), considèrent que leurs missions se limitent à leurs cadres de compétence pour des raisons concurrentielles : « Le social ou le médico-social comme vous me l'avez présenté, on ne fait pas, parce que ce n'est pas notre boulot. D'autres le font mieux que nous. Donc nous, nous nous attachons à être bons dans notre espace d'intervention » et « Nous sommes assignés à des actions précises. Les auxiliaires ont plusieurs types de missions et puis c'est tout. Dans un contexte concurrentiel, c'est une preuve de professionnalisme qui évite nombre de dérives. Certaines associations mélangent les services. J'ai des doutes sur la fiabilité de telles pratiques dans la mesure où, à un moment donné, ces associations s'épuisent à faire le grand écart et sont parfois obligées d'équilibrer les activités entre elles ».

⁹⁶ ARGOUD D., 1998, *Politiques de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.104.

Sur le versant social, les acteurs gérontologiques n'appartenant pas à des cadres politiques et sectoriels structurés se définissent avant tout comme des acteurs « pluri-sectoriels » à 61,5 %. Le Directeur de l'Office des retraités et des personnes âgées de Saint-Herblain (agglomération Nantaise) résume cette posture : « Nous n'entrons pas dans une de vos cases mais dans toutes. Nous nous adressons aux retraités et aux personnes âgées. C'est un large public avec des attentes larges. Dans ce sens, nous faisons aussi bien de l'action sanitaire à travers nos ateliers de prévention que du social à travers nos manifestations de quartier. Je revendique le fait que nous mêlons les disciplines d'intervention ».

2- Des processus de décision et d'évaluation gérontologique bio-médicaux

a- Un héritage socio-professionnel et des volumes d'activités incomparables

Remettant en cause les politiques bio-médicales de la dépendance, les travaux du sociologue B. ENNUYER (2003)⁹⁷ militent en faveur d'un cinquième risque social, celui de la vieillesse. Selon lui, la dépendance, et l'allocation qui va avec, ont pour effet pervers de péjorer le grand âge et de l'enfermer dans une vision médicale qui nie tout un pan de l'existence et des besoins sociaux de l'individu. Les recherches relatives au processus d'appartenance-reconnaissance sectorielle attestent d'une sectorisation inégale de l'action gérontologique au profit du secteur sanitaire, plus identifié et structuré.

Selon, J. LEONARD (1981), cette domination découle d'un héritage politique : durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les politiques, sous la pression des progrès techniques et des professionnels médicaux, n'ont pas réussi à ouvrir le secteur médical aux approches sociales et préventives⁹⁸. Selon E. FELLER (1997), ce clivage fait aujourd'hui partie intégrante de nos raisonnements sur la vieillesse⁹⁹. Les réponses au double processus social et biologique de sénescence ont consacré l'angle médical comme seule modalité d'intervention.

De fait, le secteur sanitaire n'appartient pas au même standard que les autres secteurs d'intervention gérontologique. En effet, le secteur sanitaire est celui qui concentre le plus de technicité et de qualification professionnelle : on compte en 2009, 9 764 médecins sur la Région Pays de la Loire¹⁰⁰, dont les trois-quarts exerçant dans les stricts cadres hospitaliers et médicaux. De plus, sur le plan économique, en 2007, le volume des dépenses médicales et d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 60 ans de la Région Pays de la Loire se situe entre 1 et 1,2 milliard d'euros contre 330 millions d'euros pour le financement des activités

⁹⁷ ENNUYER B., 1996, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les associations parisiennes de soins et services à domicile*, Paris, FASSAD, p.121.

⁹⁸ LEONARD J., 1981, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^{ème} siècle*, Paris, Aubier-Montaigne, p.111.

⁹⁹ FELLER E., 1997, *Vieillesse et société dans la France du premier XX^{ème} siècle : 1905-1953*, Thèse d'Histoire, sous la Direction de PERROT M., Paris, Université Diderot-Paris 7, p.168.

¹⁰⁰ DRASS PAYS DE LA LOIRE, 2009, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Nantes, STATISS, p.29.

médico-sociales et 335 millions d'euros pour le financement de l'APA (domicile et hébergement)¹⁰¹.

Les entretiens auprès des institutions gérontologiques montrent que ces décalages sont pleinement intégrés de part et d'autre. Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire reconnaît « que les activités hospitalières et les activités gérontologiques des Conseils Généraux n'ont pas la même dimension sectorielle, économique et territoriale. Cette différence d'échelle favorise le secteur médical qui est plus reconnu, plus visible aux yeux des professionnels et même de la population ». Il est suivi de l'Inspecteur de la DDASS Vendée chargé des établissements médico-sociaux qui rappelle que : « Lorsque la personne a un souci d'ordre physique, elle va voir le médecin du coin, elle n'appelle pas le CLIC. Comme le Maire, les instituteurs ou d'autres professions, les médecins font partie du quotidien des autochtones. Ils suivent les populations parfois jusqu'à la mort ».

Les institutions médico-sociales et sociales reconnaissent cet état de fait. Sur les 10 acteurs interrogés (4 Conseils Généraux, 3 Caisses de retraites et 3 DDASS), 8 reconnaissent la primauté professionnelle et économique du secteur sanitaire. Selon le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général de la Loire-Atlantique, « même si nous nous adressons au quotidien des personnes âgées, le gros des réponses appartient aux médecins et aux établissements hospitaliers ». D'après le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général de la Vendée, ce déséquilibre apparaît même complexant, « Nous nous ajoutons juste au travail des hôpitaux et des médecins ». Complexe tempéré par le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général du Maine-et-Loire qui rappelle « que nos activités gérontologiques sont le prolongement sur un champ plus social des activités et des réponses hospitalières et médicales ».

En somme, il ressort des entretiens auprès des institutions gérontologiques une reconnaissance et une acceptation des déséquilibres politique, économique, technique entre les secteurs de l'action gérontologique. Selon B. JOBERT (1987), ce déséquilibre est la résultante d'une lutte entre différentes approches et traitements d'une problématique sociale. Selon lui, cette lutte pour la gestion administrative et technique des problématiques gérontologiques institue sur le champ politique des rapports de force corporatistes, et se traduit au final par une hiérarchisation des modes d'intervention¹⁰².

¹⁰¹ DRASS PAYS DE LA LOIRE, 2007, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Nantes, STATISS, p.37.

¹⁰² JOBERT B., 1987, *L'Etat en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France, p12-44.

b- Un alignement médical de l'évaluation gériatrique

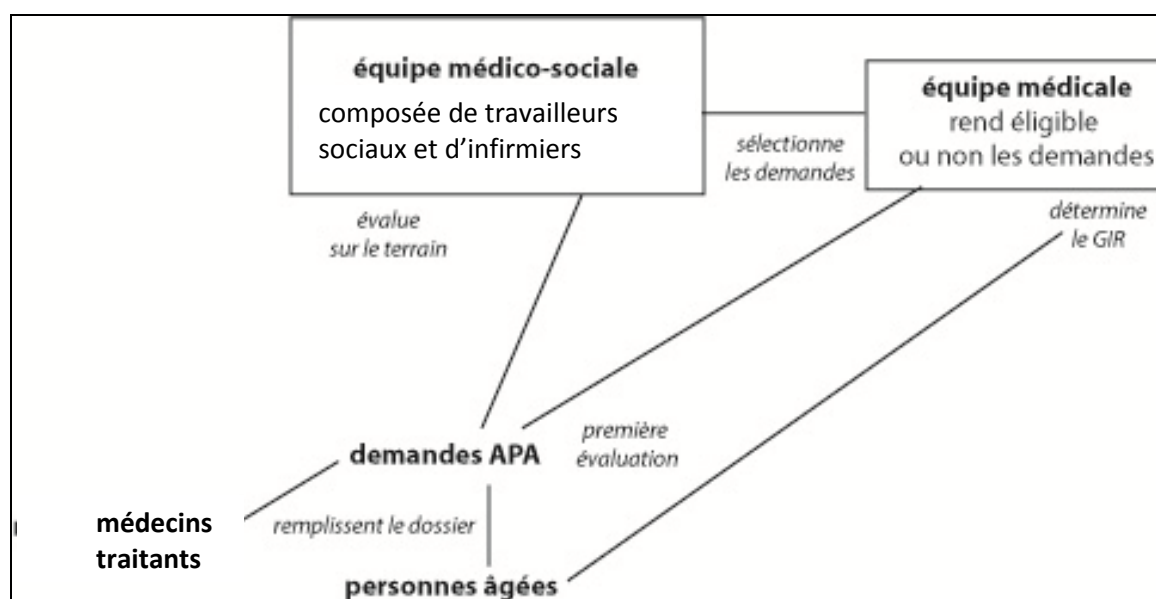
Selon le Robert, évaluer consiste « à porter un jugement sur la valeur ». L'évaluation des problématiques gériatriques consiste à définir des critères en vue de l'accès à une allocation ou une prise en charge. Or, l'évaluation des problématiques gériatriques s'est structurée autour de critères médicaux et suivant le binôme établissement-domicile. La consécration bio-médicale que cristallise l'avènement de la notion de dépendance dans les années 1980 s'appuie sur ce binôme en protocolisant progressivement l'accès et les dispositifs d'aide. Dans le prolongement des indicateurs de santé des années 1970, la création de l'APA s'accompagne d'une grille d'évaluation bio-médicale du grand âge, la grille AGGIR. Dans ce sens, le rapprochement des grilles d'évaluation AGGIR et PATHOS dans les années 2000 conforte l'alignement bio-médical¹⁰³ des processus d'évaluation gériatrique.

Pour les institutions et les instances en charge de l'évaluation gériatrique, cet alignement est intériorisé. En effet, d'après le Directeur du service d'action gériatrique du Conseil Général de la Vendée, « La dépendance nous oblige à appréhender les problématiques sous l'angle médical. L'APA découle de ce constat (...) C'est la raison pour laquelle nos évaluations ne peuvent se faire sans validation d'un Docteur. En conséquence nos équipes sont sous la tutelle de Docteurs qui évaluent la dépendance des personnes âgées». Egalement, aussi éclairante, la lecture des organigrammes des DDASS, des Conseils Généraux et des caisses de retraites révèle une présence stratégique des professions médicales : jusqu'à la direction, comme c'est le cas pour le Conseil Général du Maine et Loire, les professionnels médicaux composent certes une minorité des effectifs professionnels mais gardent une position centrale dans les processus de d'évaluation et de décision (en effet, selon l'article 6 du décret n°97-426 du 28 avril 1997, le degré de dépendance évalué par l'équipe médico-sociale se fait sous l'autorité d'un médecin habilité). Cette pénétration des professionnels médicaux est révélatrice de l'alignement médical des cadres législatifs de la vieillesse : l'APA, la loi de 2002 octroient aux professionnels, aux normes et aux techniques médicales une place incontournable dans les processus d'évaluation. En somme, en plus d'appliquer des procédures du monde de l'entreprise, l'adoption de ces protocoles d'évaluation s'est traduite par un alignement bio-médical des institutions et des

¹⁰³ ENNUYER B., 2002, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, p.184.

instances gérontologiques. Au même titre que les institutions gérontologiques interrogées, le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général de Mayenne objective cet état de fait : « Nous suivons les lois (...) Nous nous concentrons sur les situations de dépendance. La dépendance c'est une réalité médicale, donc pour y répondre on a besoin de médecin pour avaliser nos processus d'évaluation. (..) En terme de suivi et d'organisation aussi, c'est beaucoup plus efficace : l'évaluation obéit à un processus hiérarchique et facile de lecture ». Un Médecin-Evaluateur d'un Conseil Général (anonyme) confirme cette domination structurelle : « En situation d'évaluation, on prend en compte, le degré de dépendance de la personne, ses revenus, son environnement social, familial... Mais, ce qui compte au final c'est le remplissage de la grille AGIR. Sans elle, nous sommes aveugles sur la situation de dépendance de la personne. (...) Il y a de plus en plus de demandes d'APA donc nous sommes de plus en plus de médecins évaluateurs ».

Figure 12 : Parcours et évaluation de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA)



réalisation : BLANCHET M., Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Plus en détail, le schéma ci-dessus montre le positionnement des professionnels médicaux dans les processus d'évaluation. Même s'ils représentent le cinquième des effectifs dévoués à l'évaluation de l'APA, les professionnels médicaux n'en n'ont pas moins un rôle pivot. Selon F. BEVERNAGE (1998), la construction des processus d'évaluation de la dépendance autour de critères médicaux s'inscrit dans une double logique de contrôle

technocratique et économique des dispositifs gérontologiques¹⁰⁴. Plus des deux tiers des acteurs gérontologiques locaux sondés qui vivent de l'APA critiquent le système d'évaluation et dénoncent son aspect technocratique et ses interprétations ambivalentes. Un Directeur d'association d'aide à domicile (qui a souhaité être anonyme pour cette remarque) critique l'évaluation de l'APA: « Vous avez déjà eu à remplir un dossier APA ? Les questions médicales et paramédicales sont trop présentes. Je ne les réfute pas. Je réfute plutôt le fait que les questions sur l'environnement social de la personne soit moins approfondies. (...) Pour obtenir l'APA, il faut un minimum de critères médicaux. Ce sont les gériatres qui avalisent l'APA. Or, ils ne se déplacent que rarement. Donc si je récapitule, ce sont des médecins qui lisent des dossiers qui décident ou non de l'attribution de l'allocation. Ce processus d'évaluation me laisse pantois. Par contre, je me demande si cela n'arrange pas les Conseils Généraux pour filtrer les demandes... ».

L'individualisation des aides envers les personnes âgées s'est traduite pour les organismes évaluateurs, positionnés aux échelles départementales, par un effort économique et géographique. Dans ce sens, de l'aveu d'un Médecin-Evaluateur du Conseil Général, le filtre médical constitue un vecteur de régulation économique et géographique de la demande : « Les Conseils Généraux ont laissé l'évaluation aux médecins parce que nous faisons autorité aux yeux de la population et qu'à partir de cette autorité et de notre technicité, il est plus facile de contrôler des demandes toutes différentes les unes des autres ».

Les critères médicaux d'attribution et d'accès se sont également diffusés aux dispositifs gérontologiques de l'habitat et des transports : autrefois positionnés sur des standards sociaux, ces derniers se sont re-positionnés depuis les années 1980 sur des critères médicaux. C'est le cas des quatre agences Pact-Arim (amélioration et adaptation de l'habitat), ou bien des services de transports qui croisent les critères médicaux et sociaux. Les témoignages respectifs du Directeur d'Habitat et Développement 53 (adaptation et amélioration de l'habitat) et du Directeur des services de transports à la demande de Cholet sont à ce sujet révélateur de cette diffusion de ce critère d'évaluation : « Auparavant notre mission était de répondre aux besoins des propriétaires en matière d'insalubrité et de confort. Maintenant, vu que les personnes âgées sont surreprésentées dans les catégories de propriétaires et vu les orientations des Conseils Généraux et de l'Anah, nous nous sommes alignés sur la dépendance » et « Notre service ne s'adresse pas à l'ensemble des personnes âgées. Ce n'est pas un service social mais plutôt médico-social complémentaire des ambulances et qui s'adresse aux personnes âgées ou handicapées se situant à la limite ».

¹⁰⁴ BERVERNAGE F., 1998, *La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions*, Paris, in la Revue du généraliste et de la gérontologie, n°42, p.37.

L'évaluation par le jugement de valeur qu'elle adopte constitue l'angle de réponse destiné à une problématique. Sur le champ gérontologique, l'évaluation, c'est-à-dire l'élaboration, la mise en place et le contrôle des normes d'accès aux réponses et aux dispositifs des politiques gérontologiques demeure structurée suivant des critères médicaux. Largement diffusée, cette propagation des critères médicaux est le fruit d'orientations et de choix sectoriels en faveur des professions médicales. Au final, celles-ci assoient la domination professionnelle de ces derniers sur les professionnels sociaux¹⁰⁵ et arrange les Conseils Généraux en allant dans le sens d'une maîtrise des demandes.

b- Des processus de planification et de programmation gérontologiques polarisés sectoriellement

Selon J-C. HENRARD et J. ANKRI (2003), les processus de planification sanitaires et sociaux sont récents et datent des années 1970¹⁰⁶. Tout d'abord national, le processus de planification gérontologique se territorialisa à l'échelle départementale à partir de la loi du 20 juin 1975. Transférés aux Conseils Généraux pendant la décentralisation, les schémas gérontologiques ont été modifiés : en 2002 et 2004. En 2002, à partir de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et en 2004 à partir de l'acte II de la décentralisation. Les schémas gérontologiques des Conseils Généraux ont pour objet : d'apprécier les besoins, de dresser un bilan de l'offre, de déterminer les objectifs de développement, de développer la coordination (notamment avec le sanitaire) et d'évaluer ces mêmes principes et objectifs. En dehors des activités médicales et médico-sociales libérales, les institutions gérontologiques sont segmentées en plans et programmes respectifs d'action dont l'enjeu politique est double. Il consiste à organiser et à fixer des objectifs d'action mais aussi à réaffirmer ces compétences politiques et sectorielles. L'examen du SROS régional et des 4 schémas gérontologiques, montre qu'en dépit des discours affichés et des préconisations rédigées, ces mêmes plans s'articulent autour des clivages entre sanitaire et social.

La lecture du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III (SROS III) de l'ARH Pays de la Loire dénote une forte endogamie sectorielle. En effet, les collectivités territoriales

¹⁰⁵ FREIDSON E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, p.65.

¹⁰⁶ ANKRI J., HENRARD J-C., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Saint Quentin en Yvelines, Editions ENSP, p.199.

susceptibles de favoriser un décroisement sectoriel se retrouvent marginalisées dans l'élaboration du document. De plus, à aucun moment, le secteur sanitaire, pourtant fortement impacté par le vieillissement de la population, n'opère une véritable jonction consultative avec les institutions et les instances médico-sociales et sociales. A aucun moment les Conseils Généraux de la Région ne participent à l'élaboration du schéma, carence que déplore l'Inspecteur de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux, « Le Conseil Général entame une démarche de concertation et est soumis à la validation de l'Etat (du Préfet). En revanche le SROS est fortement centralisé et accaparé par le corps médical. Dans ce cas, il n'existe rien entre les schémas sociaux et sanitaires. Chacun campent sur ses positions. Et franchement, vu les passerelles potentielles qui existent, que ce soit sur le vieillissement ou d'autres thématiques, c'est un véritable gâchis ». Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire estime que la cohabitation des schémas sanitaires et gérontologiques découle simplement de la sectorisation héritée des affaires sanitaires et sociales : « Plus qu'un simple document d'orientation, le schéma est aussi un moyen d'affirmer son pouvoir sur son propre champ sur son propre territoire. Ils ont beau chacun faire la promotion de l'articulation entre le sanitaire et du social, il n'en est rien puisqu'il n'existe pas de schéma transversal qui fixe des objectifs communs sur des territoires communs ». La consultation du SROS III de l'ARH Pays de la Loire est édifiante à ce sujet : sur les 561 pages du SROS III de l'ARH Pays de la Loire, la méthodologie d'élaboration et de concertation du SROS ne fait à aucun moment appel aux acteurs médico-sociaux et sociaux. Consciente des clivages sectoriels qu'elle entretient, l'ARH préconise néanmoins un décroisement sectoriel via la mise en place de réseaux de santé¹⁰⁷ qui rappelons-le se superposent au travail des Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC).

Si les professionnels gérontologiques ne participent pas à l'élaboration des plans sanitaires, l'analyse de la conception des schémas gérontologiques montre que l'inverse est vrai. En effet, l'analyse des schémas gérontologiques de la Loire-Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Vendée atteste de la présence des services hospitaliers, des unités médicales et des médecins libéraux dans les ateliers préparatoires qui fixent les orientations des schémas. Plus précisément, un Médecin-évaluateur d'un Conseil Général (anonyme) décrit l'influence informelle des professionnels de santé : « C'est surtout lors de la préparation du schéma que j'ai senti le poids que pouvaient avoir les médecins dans la vision que nous avons de la gérontologie. A l'exception de militants des professions sociales, pas grand monde ne les contredit et plus généralement, il y a une pensée unique gérontologique. C'est-à-dire, que l'on soit en établissements ou au domicile, on répond à un état de santé et seulement à un état de santé ». Plus que dans la représentativité

¹⁰⁷ AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE, 2006, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010*, Nantes, ARH, p.288.

professionnelle (les professions médicales représentent, suivant les Conseils Généraux, entre moins de 5 et 10 % des professions qui participent aux ateliers), cette domination se révèle doctrinale comme le mentionne ce même évaluateur : « Il n'y a pas non plus que des médecins qui participent à la rédaction du schéma. Il y a surtout des professionnels médico-sociaux, des Directeurs d'EHPAD, de SSIAD... Ces professions transposent leur vision des choses sur les axes d'actions du schéma gérontologique ». Les orientations des schémas gérontologiques des départements de la Région Pays de la Loire polarisent, suivant les Conseils Généraux, entre les deux-tiers et les trois quarts de leurs actions autour des enjeux de la dépendance. Cette polarisation des enjeux s'explique à travers la création de l'APA et la régulation de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux, et questionne sur la place et l'effectivité des préconisations sociales dans ces outils de planification.

La programmation administrative médico-sociale s'inspire plus directement des méthodes de programmation du secteur hospitalier. La loi du 2005 prévoit à travers la création du Programme Régional d'Action Sociale (PRIAC) un contrôle du volet Etat par les DDASS et la DRASS Pays de la Loire des schémas gérontologiques départementaux¹⁰⁸. Plus qu'un schéma, le PRIAC est un outil de programmation des activités médico-sociales dont le but est de diagnostiquer les besoins puis de programmer les réponses médico-sociales et les financements qui en découlent. Selon l'Inspecteur de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, le PRIAC conforte une approche rationnelle des activités médico-sociales héritée de la sphère hospitalière : « Le PRIAC me fait penser aux programmations que l'on réalise pour les activités médicales et hospitalières. On y trouve des indicateurs, des plafonds, des seuils qui déterminent l'enveloppe et l'attribution des places. Avant le PRIAC, c'était plus direct, maintenant, tout est programmé pour des impératifs budgétaires. Pour cela, la Sécu et le Ministère soumettent depuis un moment les hôpitaux à ces mode de calculs ». Cette situation s'explique selon l'Inspecteur de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux, « par une forte présence des médecins et du secteur médical au sein de notre administration et par une déclinaison de nos volets d'action sociale (depuis la décentralisation) ».

La lecture sectorielle des outils de planification et de programmation gérontologique fait le constat d'une polarisation au profit d'une approche médicale des incapacités et de la vieillesse. Avec l'APA, la transposition des normes techniques et gestionnaires issues de la sphère médicale a progressivement conduit les Conseils Généraux à encadrer leurs actions et

¹⁰⁸ BAUDURET J-F., 2005, *Planification et Programmation en Gérontologie*, Paris, CNSA, p.9.

leurs politiques gérontologiques suivant des impératifs économiques¹⁰⁹. Reste à évaluer, dans un contexte de territorialisation des prestations et donc des besoins, les conséquences géographiques et sociales de ce parti pris économique et politique.

c- Une reproduction hiérarchique à l'échelle locale

Pour ressentir cette polarisation médicale des enjeux gérontologiques à l'échelle locale, les recherches se sont appuyées sur les 106 entretiens auprès des acteurs locaux. Les questions portaient sur les modalités d'action, les coopérations et les ressentis socio-professionnels. Il en découle, des interventions hiérarchisées.

72 % des acteurs interrogés ont validé cette hiérarchisation sectorielle à l'échelle locale. Autant que les professions sanitaires, les professions médico-sociales, gérontologiques et sociales témoignent de ce sentiment de hiérarchisation des pratiques et des réponses aux personnes âgées. Ce sentiment est plus fort en milieu urbain et sur le littoral, zones où les clivages socio-spatiaux sont les plus forts.

Selon le Directeur CLIC de Nantes, l'action gérontologique nantaise met en évidence une hiérarchisation des rapports socio-professionnels : « Entre toutes les composantes de l'action gérontologique et des professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées, il existe plusieurs mondes bien distincts les uns des autres. Il y a en haut de la pyramide, les professions médicales, surdiplômées qui décident et en bas on retrouve un mélange hétéroclite de travailleurs sociaux précaires comme les aides à domicile, les CESU (les personnels embauchés de la sorte), différents travailleurs sociaux souvent en difficulté professionnelle... Ce monde ne vit pas ensemble. Il existe trop de distance, de différences entre ». Sur le canton de Baugé ou bien sur l'intercommunalité de Mayenne, ces clivages sont moins à vifs. Selon les observations du Directeur du CLIC du Pays de Mayenne : « La direction de l'hôpital a bien compris que son rôle dépassait celui du sanitaire, c'est pourquoi elle est attentive aux questions sociales sur son territoire, intégrée au processus de coordination et maintient des contacts avec les services d'aide à domicile et les foyers-logements». Le principal travail du CLIC consiste à organiser localement l'évaluation et les parcours des personnes en besoin. Mêlant des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux, les CLIC sont des espaces où se trament des rapports de force sectoriels

¹⁰⁹ AMYOT J-J., 2007, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Dunod, p.343.

entre des experts-évaluateurs¹¹⁰. 6 des 8 CLIC interrogés ont du mal à travailler avec des professionnels médicaux. Ces difficultés s'expliquent selon le Coordinateur du CLIC de Vertou (banlieue nantaise) par la rencontre de méthodes d'évaluation opposées et par la superposition d'outils de coordination (comme les réseaux de santé et, plus récemment, le dispositif des Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer en 2008).

Tableau 11 : Rapports sectoriels et professionnels hiérarchiques suivant le secteur d'intervention et la localisation géographique (en %)

en %	SANITAIRE	MEDICO-SOCIAUX	GERONTOLOGIQUE	SOCIAL	moyenne
Nantes Métropole	100	85	63	87	84
Agglomération du Choletais	100	66	66	100	83
Pays de Mayenne	50	66	50	100	67
Pays St Gilles Croix de Vie	100	66	83	100	87
Pays de Pouzauges	50	50	66	0	42
Canton de Baugé	50	33	25	50	40
<i>Moyenne</i>	75	61	59	73	67

réalisation : BLANCHET M., Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

D'après les recherches, cette hiérarchisation se duplique et débouche sur un sentiment de supériorité. En haut de la pyramide, le Directeur du service de gériatrie de l'Hôpital de Cholet, avoue malgré lui que « la création de l'HAD découle d'un manque de technique au domicile des personnes âgées. Les SSIAD ou bien le CCAS (service d'aide à domicile) n'ont pas le personnel pour assurer le suivi d'actes médicaux assez techniques. La création de l'HAD n'est qu'une question de savoir-faire » ou bien le Directeur de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre des médecins de la Vendée juge, « Ils sont gentils de venir chez moi pour me présenter leurs services (aide aux personnes âgées) mais j'ai des patients à soigner. (...) C'est un peu abstrait tout ça (en parlant du travail des aides à domicile)... ». Sentiment partagé par l'Infirmière-Coordinatrice du SSIAD de Pouzauges (Vendée) qui affirme que, « Entre nous et l'ADMR, il y a la loi et des différences de compétences. Nous assurons des actes médicaux et infirmiers, eux ils s'occupent d'aide à la personne ou du ménage ». Les services d'aide à domicile dupliquent également ce sentiment à l'encontre des structures de ménages à domicile non agrémentées : la Directrice d'une franchise d'aide à domicile de Nantes déclare à ce sujet,

¹¹⁰ LEDUC F., 2001, *L'évaluation des situations individuelles, un démarche nommé DESIR*, Paris, in *Gérontologie et société*, n°99, p.233-239.

« Nous respectons un cahier des charges précis, nous répondons à pleins de critères. Les particuliers ou les autres entreprises, non. Nous avons misé sur le professionnalisme, eux ont plutôt misé sur la défiscalisation de l'aide à domicile » et la Présidente de l'ADMR de Commequiers (Vendée) estime que « Travailler auprès des personnes âgées demande un minimum de garanties. La sécurité, le respect, la réalisation correcte de la toilette ou bien de l'aide à l'habillage, ça s'apprend. Les CESU ou bien les petites entreprises n'ont pas ces compétences, ni le droit de le faire ».

Cette hiérarchisation est palpable entre les acteurs comme le constate l'Infirmière-coordinatrice du SSIAD de l'hôpital de Baugé : « Les filles du SSIAD travaillent en étroite relation avec les personnels médicaux de l'hôpital. Néanmoins, d'un point de vue professionnel, être situé au bout de la chaîne médicale fait ressortir en elles un sentiment d'infériorité professionnelle ». Les structures sociales ou caritatives qui s'adressent aux plus anciens ressentent également cette pesanteur : selon le Directeur des Petits Frères des Pauvres de Nantes, « les services hospitaliers où des bénévoles effectuent des visites nous voient un peu comme des extra-terrestres. Comme on a une certaine réputation, une certaine légitimité ça ne pose en général pas de problèmes avec les services sociaux de ces établissements. Mais j'imagine que c'est moins évident pour des associations plus petites ». Il est rejoint par le Directeur de l'Office des Retraités et des Personnes Agées de la ville de Saint-Herblain qui déplore que « nos activités de prévention pourraient être assurées par des professionnels sociaux ou bien préparées par des retraités, mais les gériatres ou les spécialistes refusent dans la mesure où le savoir médical doit être une denrée rare... ».

De manière pyramidale et descendante, les acteurs gérontologiques intègrent et reproduisent la hiérarchisation sectorielle. Ainsi, les entretiens auprès des acteurs gérontologiques et des salariés ont mis en avant l'existence de rapports socio-professionnels hiérarchiques. Selon C. DUBAR et P. TRIPIER (2003) cette hiérarchisation est le fruit de la domination des professions médicales dans le contrôle, entre sacré et profane, des déviances sociales¹¹¹. Ces derniers ont pour effet immédiat à l'échelle locale de hiérarchiser et de cloisonner les professions et les savoir-faire. Comme le signale F. PIERRU (2008)¹¹², le contexte actuel de contraintes budgétaires et de libéralisation de l'aide à domicile alimente cette double hiérarchisation socio-professionnelle et sectorielle. Il fragilise socio-professionnellement, à travers le déploiement d'une offre sans qualification, les interventions intimes et quotidiennes considérées les moins « technicisées ». B. ENNUYER (2006) résume cette fragilisation : « *L'emploi direct pourrait conduire à une éventuelle perte de clients pour*

¹¹¹ DUBAR C., TRIPIER P., 2003, *Sociologie des professions*, Saint-Quentin en Yvelines, Armand Colin, p.85.

¹¹² PIERRU F., 2008, *La santé au régime néolibéral*, Paris, Fondation Copernic, p.5.

les associations prestataires, les obligeant à se séparer des personnels qualifiés, alors que les particuliers qui ne sont soumis à aucune condition d'embauche peuvent être tentés d'embaucher des personnes non qualifiées pour les payer moins cher »¹¹³.

¹¹³ ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod, p.251.

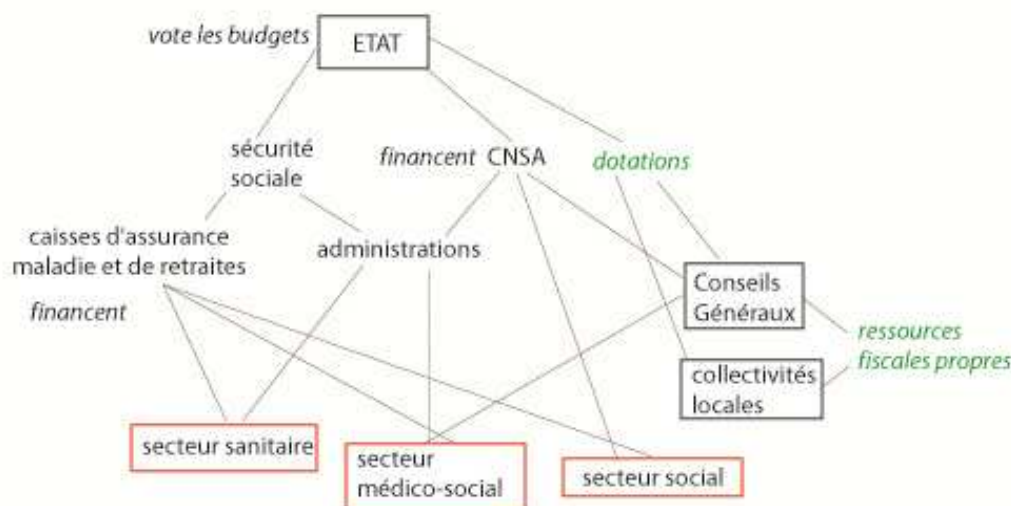
CHAPITRE V – COMPROMIS ET CONSEQUENCES DES POLITIQUES GESTIONNAIRES

J-C. HENRARD, J. ANKRI et F. BERTOLLOTO (1996) nous rappellent que l'action gérontologique évolue dans un contexte économique de restriction depuis les années 1980 : « En 1983, la situation économique est critique. La maîtrise des dépenses allouées à la protection sociale et donc aux soins et à l'action sociale des personnes âgées devient une priorité de l'action gouvernementale »¹¹⁴. Face au retrait de l'Etat-Providence et face à une forte augmentation des dépenses, ces impératifs affectent les marges de manœuvre des acteurs gérontologiques et sont sources de tensions.

1- Entre les financeurs : les conséquences du désengagement de l'Etat

a- Des financements et des dotations de l'Etat moindres et sous-contrôles

Figure 13 : Place de l'Etat dans le financement de l'action gérontologique selon les secteurs d'intervention



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

¹¹⁴ HENRARD J-C., ANKRI J., BERTOLLOTO F., 1996, *Systèmes et politiques de santé*, Saint Quentin en Yvelines, Editions ENSP, p.22.

L'action gérontologique est subdivisée entre les prérogatives de l'Etat et les compétences des collectivités territoriales. Dans ce partage de compétences, l'Etat garde une position incontournable dans la délimitation des cadres et des orientations politiques. Pour cela, en plus des arguments administratifs et législatifs, il dispose d'arguments économiques. Bien que pilotes de l'action gérontologique, les Conseils Généraux n'en demeurent pas moins solidaires économiquement de l'Etat à travers les transferts de charges et les co-financements. Comme l'explique le Président de l'UNAD Pays de la Loire (fédération aide à domicile), ou bien le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, que ce soit sur le versant sanitaire, médico-social ou social, le financement de l'action gérontologique est fortement tributaire des financements et des redistributions de l'Etat : « C'est à Bercy et à Paris que ça se joue : à Bercy où les fonds sont récoltés, les analyses effectuées, puis au Gouvernement et au Parlement qui vote le budget de la sécurité sociale et qui peut influencer sur la cagnotte de la CNSA » et « Les modalités de gestion des budgets de la sécurité sociale ou de la CNSA se décident à Paris.(...) Même si les impôts locaux représentent des recettes sociales importantes, les financements des collectivités territoriales demeurent dépendantes des transferts économiques de l'Etat... ».

Cette position économique des institutions gérontologiques vis-à-vis de l'Etat est jugée improductive et ambivalente par les Conseils Généraux. Selon un Conseiller Général de la Loire-Atlantique, l'Etat s'inscrit dans une politique gestionnaire et déconnectée géographiquement : « C'est un paradoxe. Cet argent, on en a besoin sur le terrain et pour y avoir droit, il transite par des caisses, des agences qui coûtent et qui font doublon. L'Etat croit que les départements vont dépenser sans compter, c'est faux. Nous faisons preuve de rigueur mais également de pragmatisme. Eux, ils ne font pas preuve de rigueur et sont idéologiques...(...) En gros, y a des fonctionnaires à Bercy qui, à l'aide d'indicateurs, décident des enveloppes à allouer. Ils sont tout le temps dans leurs bureaux, je pense que ça leur ferai bien de prendre l'air et de voir les services hospitaliers, les maisons de retraites qui sont limitées ! ». Le vieillissement de la population ainsi que l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes ont fortement impacté sur les dépenses d'assurance maladie ainsi que sur celles liées à la dépendance. Selon la DREES les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées (gérées par les départements) ont augmenté de 27 % entre 2004 et 2009¹¹⁵. Et selon les statistiques de l'URCAM et de la DRASS Pays de la Loire, les dépenses hospitalières et de soins de ville des personnes âgées de plus de 60 ans ont augmenté de 8 et 11 % entre 2004 et 2008. En conséquence, interrogées sur leurs capacités économiques, l'ensemble des

¹¹⁵ CLEMENT E., 2010, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°714, p.5.

institutions gérontologiques répondent en chœur que l'heure est au contrôle des dépenses. Ainsi, les budgets gérontologiques des Conseils Généraux des Pays de la Loire ont augmenté : de + 32 % pour la Loire-Atlantique entre 2006 et 2009, de + 25 % pour le Maine-et-Loire entre 2006 et 2009 et de + 35 % pour la Mayenne entre 2007 et 2010. Face à l'augmentation de la demande gérontologique, les dotations de l'Etat, qui représentent entre le quart et le tiers des moyens consacrés à l'action gérontologique départementale, sont jugées insuffisantes : « *Force est de constater, dans ce contexte, le poids des dispositifs nouveaux ou transférés à la charge du Département et mal compensés. De 2004 à 2008, les dépenses nettes d'action sociale ont ainsi augmenté de 25,6% (soit +5,9% par an en moyenne) suite à la création de l'allocation départementale d'autonomie des personnes âgées (ADAPA) ou du transfert du revenu minimum d'insertion (RMI). Avant la mise en place de l'ADAPA en 2002, la prestation spécifique dépendance (PSD) représentait une charge nette pour le Département de 9 à 10 millions d'euros. Aujourd'hui et compte tenu des caractéristiques de l'ADAPA et de son essor, cette charge est passée à 29 millions d'euros sans compensation suffisante* »¹¹⁶. En cause, la baisse du taux de couverture de la CNSA¹¹⁷ et le calcul décalé (n-1) des dotations d'Etat. De fait, l'ensemble des Conseils Généraux juge les transferts de l'Etat inadaptés. Le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire estime à ce sujet que « l'Etat et la CNSA nous demandent de répondre aux besoins, de lancer des innovations alors que dans le même temps on nous serre la ceinture pendant que les demandes explosent... », tandis que celui de la Loire-Atlantique dénonce « une politique bureaucratique qui n'a que des objectifs économiques et qui se soucie peu des usagers. Nous sommes par conséquent obligés d'augmenter nos recettes au risque de mal passer aux yeux de la population ».

Cette logique gestionnaire prévaut également pour le secteur sanitaire comme le témoigne le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire ou bien le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire : « Il ne faut pas se leurrer, la création des ARH même et celle à venir des ARS répond à cette logique : faire des économies. En premier lieu, le but est de fusionner les administrations pour alléger la masse salariale puis d'introduire des critères d'économie et de concurrence entre les établissements » et « D'un côté, la sécurité sociale est de plus en plus sollicitée (notamment du fait du vieillissement de la population), de l'autre elle est en déficit et a une balance de recettes négatives depuis presque

¹¹⁶ CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, 2010, *Budget Global Départemental 2010*, Angers, Commission des Ressources et de l'Evaluation des Politiques Publiques, p.13.

¹¹⁷ ESCUDIE J-N., 2009, *La CNSA au pied du mur*, Localtis, p.3, www.localtis.fr.

Dès 2010, les conseils généraux devraient ainsi assurer sur leurs ressources 71,5% du coût de l'APA, soit un taux encore jamais enregistré depuis la mise en place de cette prestation, le 1er janvier 2002.

dix ans. (...) On ne nous laisse pas le choix, on nous demande par conséquent une plus grande rigueur administrative et une plus grande efficacité économique ».

En écho aux travaux de P. ROSANVALLON (1981)¹¹⁸ et de N. ELIAS¹¹⁹ sur la reconfiguration du rôle de l'Etat Providence et dans un contexte de croissance des demandes et besoins sanitaires supérieurs aux richesses produites, l'Etat accroît son contrôle sur le volet sanitaire des financements des politiques de la vieillesse et se déleste du volet social de l'action gérontologique en direction des collectivités locales. A partir de l'exemple des Pays de la Loire, nous allons voir les conséquences de cette posture sur les institutions qui financent l'action gérontologique locale.

b- Une rigueur économique qui favorise un statut-quo sectoriel

Si les institutions et les instances gérontologiques se sont révélées quasi-unanimes sur l'insuffisance des dotations économiques de l'Etat, peu d'entre elles ont décrit les effets de cette insuffisance. Cette recherche n'a été possible qu'à travers les témoignages des autres institutions et acteurs gérontologiques de terrain. Ainsi, il ressort que le filtrage par l'Etat des dépenses sur les champs sanitaires et sociaux a pour effet de rigidifier les rapports institutionnels.

Selon J-C. HENRARD et J. ANKRI (2003), la principale rigidité sectorielle repose sur des rapports déséquilibrés entre les secteurs sanitaires et sociaux : « *Il en résulte des déséquilibres dans la répartition des ressources. Les institutions les plus fortes, telles que les hôpitaux, pour des raisons socio-culturelles, historiques et institutionnelles, bénéficient d'une concentration de moyens et de ressources financières. Cette concentration s'opère aux dépens des établissements sociaux d'aide et de soins à domicile dont l'histoire est plus récente* »¹²⁰. Interrogés sur cette posture, les acteurs institutionnels valident tous ces déséquilibres à partir d'arguments historiques et techniques.

¹¹⁸ ROSANVALLON P., 1981, *La Crise de l'Etat-Providence*, Paris, le Seuil, p.55-78.

¹¹⁹ ELIAS N., 1986, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Levy, p.102.

¹²⁰ ANKRI J., HENRARD J-C, 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Saint Quentin en Yvelines, Editions ENSP, p.190.

D'après J-C HENRARD, J. ANKRI et F. BERTOLLOTO (1996)¹²¹, le secteur sanitaire est depuis les années 1960 soumis à des objectifs de maîtrise des coûts et des dépenses. Selon les entretiens, cette rigueur budgétaire est en premier lieu ressentie au niveau hospitalier. Selon O. ZEYNEP et T. RENAUD (2009), l'entrée en vigueur de la Tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) en 2005 marque une rupture dans la gestion économique des établissements : désormais la logique de résultat remplace celle de moyens et les recettes issues des activités déterminent les dépenses¹²². Selon le Directeur de l'Hôpital de Mayenne et le Directeur du service gériatrie de l'Hôpital de Cholet, les impératifs budgétaires tendent à recroqueviller la fonction hospitalière : « L'ARH et la direction de l'hôpital nous demandent de ne pas nous éparpiller et d'assurer un turn-over fréquent (T2A). Dans ce contexte, notre ouverture avec les professionnels médico-sociaux et sociaux se retrouve affectée » et « Nous n'avons pas la possibilité d'ouvrir, de décroquer l'hôpital. Les impératifs budgétaires, notamment la T2A, nous imposent une forte rentabilité. En aval, avec les professionnels médico-sociaux ou sociaux, cet impératif de rentabilité n'est pas forcément très bien reçu dans la mesure où le but est de faire rentrer le plus vite chez soi (d'expédier ?) ou en maison de retraite la personne hospitalisée ». Une partie des entretiens avec les institutions et les établissements hospitaliers, montre que, faute de moyens, ces derniers n'ont pu développer de nouveaux rôles et de nouveaux liens en direction des acteurs médico-sociaux et sociaux. Pour l'Inspecteur aux affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé des établissements hospitaliers, les causalités économiques de ce statut-quo sectoriel et territorial ne font aucun doute : « Si vous suivez avec attention les politiques hospitalières, elles ne suivent que deux objectifs : se moderniser et être plus rentables. Notre position est sur l'hospitalier et, même, s'il y a des passerelles, des liens à nouer (ou renouer) avec nos corollaires, nous n'avons pas les moyens économiques pour assurer de telles transitions (...) Les hôpitaux sont tous en déficit... Leur survie dépend de leurs bilans comptables et jusqu'à preuve du contraire, développer l'action gérontologique et sociale en milieu hospitalier est source de dépenses supplémentaires... ». Néanmoins, ce repli est réfuté par le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire et le Directeur de l'HAD de l'Hôpital de Cholet, qui estiment que ces impératifs budgétaires ont conduit les administrations et les hôpitaux à développer de nouvelles formes d'actions gérontologiques comme l'HAD ou bien le développement de réseaux de santé spécifiques en milieu rural.

¹²¹ ANKRI J., HENRARD J-C., BERTOLLOTO S., 1996, *Systèmes et politiques de Santé*, Paris, Editions ENSP, p.65.

¹²² ZEYNEP O., RENAUD T., 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)*, Paris, IRDES, n°23, p.5.

Bien que les médecins libéraux soient également pris en charge économiquement par la sécurité sociale, ils exercent dans un cadre très peu administré. De par cette position, les Conseils de l'Ordre demeurent attentifs à la conservation du cadre libéral. Ils ne sont contrôlés que sur des modalités précises (arrêt de travail, conformité...) et, de fait, constituent un sous-système économique relativement imperméable. Le Directeur du Conseil de l'Ordre des médecins du Maine-et-Loire synthétise cette position : « Nous ne voulons pas d'administration, nous sommes libéraux. Les français sont attachés à ce modèle, pourquoi y changer ? (...) Une planification médicale des médecins généralistes rimerait avec perte de revenus et perte de considération sociale. Pour survivre à ces visées, nous nous devons de rester autonomes ». M. LORIOLO (2002) l'explique à travers une posture corporatiste : « *Dans la plupart des pays développés, les médecins se sont organisés collectivement pour lutter contre la concurrence des non-médecins et obtenir des pouvoirs publics le monopole social et économique de l'exercice médical* »¹²³.

Sur les quatre Conseils Généraux et les trois caisses de retraites interrogés, 6 estiment que la réduction des marges de manœuvre économiques a eu un impact sur leurs modes d'actions. Le Directeur du service d'action gériatrique du Maine-et-Loire confirme ce sentiment, « Depuis 2002, il a été décidé de mettre le paquet sur la dépendance, c'est pour cela que nous avons peu développé de services de proximité et entamée tardivement des réflexions sur la facette sociale de nos compétences ». Il est rejoint par le Directeur du service d'action sociale de la MSA du Maine-et-Loire, « La MSA est en difficulté économique depuis un moment, donc vous voyez nous n'avons pas cherché à développer de nouvelles compétences sociales. Tout juste nous tenons à maintenir une image dynamique sur ce thème ». Comme l'explique le Directeur du service d'action gériatrique de Loire-Atlantique, face aux contraintes budgétaires, la dépendance apparaît comme une priorité : « Notre budget gériatrique augmente fortement en raison de l'explosion des demandes APA. (...) Nous avons des réflexions avancées sur la création de nouveaux services à destination des personnes âgées mais sous le poids des demandes APA, et notre budget étant sous tension, nous avons décidé par réflexe de nous concentrer sur la réforme des EHPAD et de l'APA. ». Dans un contexte de contrôle des dépenses, les préconisations des schémas gériatriques en faveur de la coordination et d'une approche plus préventive de la vieillesse ont été contraintes. A l'inverse, pour le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire, les contraintes budgétaires se révèlent être une opportunité sectorielle suite au choc de l'APA¹²⁴ : « Vous, comme moi, sommes en GIR 5 et 6. On a lancé un dispositif de retour à domicile après hospitalisation mais ça a été un échec. Etant donné que l'APA est avant tout

¹²³ LORIOLO M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Paris, Eres, p.34.

¹²⁴ DURRAFOURG M., STEPHANE P., 2006, *Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse*, Paris, IGAS, n°63, p.4.

une compétence du CG (Conseil Général). On leur laisse la charge et on a entrepris depuis 2005 une orientation plus sociale de nos activités à travers le financement (via appels à projets) de projets locaux de lutte contre l'isolement, d'aide aux répit... ». En dépit des plans nationaux sur le vieillissement favorisant de dispositifs novateurs, les trois DDASS interrogées affirment que les contraintes budgétaires se sont traduites par une concentration des financements sur les dispositifs en place comme les SSIAD et les EHPAD. Selon l'inspecteur de la DDASS Loire-Atlantique en charge de la tarification médico-sociale : « On ne nous demande pas de créer et de réfléchir, on n'a pas les moyens pour cela. Donc nous sommes devenus des exécutants médico-sociaux. On attribue en priorité les places aux SSIAD et aux établissements médicalisés dont nous connaissons la forme. Tout ce qui sort un peu des sentiers battus ou flirt avec le social (comme par exemple le financement d'un accueil temporaire à la ferme) on y va à reculons. Donc les nouveautés annoncées dans les plans nationaux frustreront tout le monde car on ne dispose pas de moyens suffisants pour développer ces établissements et ces dispositifs ».

Les années 2000 ont connu une forte augmentation des besoins et donc des dépenses gérontologiques. Evoluant dans un contexte de rigueur économique, les institutions et les instances interrogées qui financent l'action gérontologique n'ont pu rechercher de nouvelles marges de manœuvre ou de nouvelles formes d'actions pour impulser des politiques transversales et des rapprochements sectoriels.

c- Au-delà des querelles économiques avec l'Etat, un compromis politique

Face au contrôle des dépenses, les clivages et les superpositions institutionnelles se révèlent être des foyers propices au conflit. A l'échelle régionale, les 10 institutions qui financent localement l'action gérontologique affichent un rapport de complémentarité. Toutes sans exception, ont fait part de rapports économiques de partenariat. C'est le cas du Directeur du service d'action sociale de la MSA de Vendée, du Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire ou bien de l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux qui déclarent que les collaborations économiques sont contractualisées et s'établissent sur des bases de confiance : « Le Conseil Général est notre partenaire. Ensemble, nous favorisons le développement de maisons de retraites et de services sur le territoire. (...) Sur l'APA également, nous avons établi une politique commune d'évaluation », « Nous ne sommes pas les seuls à financer les maisons de retraites, l'APA, les SAP, l'aide à l'amélioration de l'habitat. Dans ce sens, moi et les élus nous efforçons de renforcer les liens avec les autres financeurs à travers la consultation, la participation aux décisions ou bien à l'évaluation commune comme c'est le

cas avec la CRAM » et « Dans le cadre des conventions tripartites, mieux vaut bien s'entendre entre services. Il n'y a rien à ce sujet pas de problème puisque notre consultation et notre participation au schéma gérontologique ou au CROSMS nous positionnent sur les mêmes préoccupations ». De l'avis de tous et comme le mentionne M. AGAESSE (2007), dans un contexte de croissance des demandes et de contraintes budgétaires, le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Social (CROSMS) constitue pour les institutions gérontologiques un espace de négociation judicieux qui permet d'aplanir les conflits¹²⁵.

Néanmoins, au-delà de ce rapport de complémentarité affiché, le partage économique de l'action gérontologique est récent et peu assumé. En situation de contrainte budgétaire, il met à nu des jeux de confrontations. Les entretiens montrent à ce sujet, que sur le champ de la dépendance, les partenariats sont parfois forcés et relèvent d'antagonismes institutionnels. En cause, les financements de l'APA ou celui des SSIAD et des EHPAD partagés entre les Conseils Généraux, l'Etat et les organismes de sécurité sociale. Sur les Pays de la Loire, 7 des 10 financeurs gérontologiques interrogés ont fait part de rapports économiques conflictuels (à savoir qui paye quoi, sachant que la règle du jeu est de sortir le moins d'argent). Comme l'a montré T. FRINAULT (2007) le financement de l'APA entre les GIR 5 (caisses de retraites) et 4 (Conseils Généraux) demeure une zone de conflits importante¹²⁶ : la composition inégale sur le territoire régional d'équipes d'évaluation unique entre les financeurs cristallise ces conflits économiques. Dans le cas de notre étude, seul le département de la Loire-Atlantique ne dispose pas d'équipe d'évaluation unique avec les caisses de retraites. Le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire ne nie pas ce fait, « C'est vrai qu'avec certains Conseils Généraux, l'APA marche moins bien. Historiquement, ils n'ont pas eu l'habitude de travailler avec nous et n'ont pas souhaité fusionner les dispositifs d'évaluation. Donc c'est clair que pour les GIR 4 et 5 (qui sont les plus nombreux) il y a parfois pas mal de tensions, de reproches entre nos équipes » ainsi que le Directeur du service d'action gérontologique de la Loire-Atlantique va dans le même sens, « Ils sont sympas à la CRAM, ils transigent des demandes vers nous. Donc nos équipes refont les évaluations et maintiennent que la personne est en GIR 5, c'est un peu sans fin. Je pense que la CRAM se sent un peu marginalisée depuis l'APA. Sous la tutelle de l'Etat, ils font donc tout pour se désengager. Or nous avons besoin d'eux ». Pour un Conseiller Général du Maine-et-Loire, la fusion des équipes a été entérinée le plus tôt possible afin d'éviter le piège qui se profilait : « Ce partage est inabouti et a eu lieu sous la

¹²⁵ AGAESSE M., ARGOUD D., ENNUYER B., HUGONOT R., MARECAUX Y., MOLLIER A., VILLEZ A., 2007, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, sous la direction de AMYOT J-J., Paris, Dunod, p.620-640

¹²⁶ FRINAULT T., 2007, *Les mondes du handicap et de la dépendance. Les départements face à la convergence des dispositifs*, Rennes, in Pouvoirs Locaux, n°75, p.41-45.

pression de la CNAV qui estimait que son action sociale à destination des personnes âgées était mise à mal. On a donc coupé la poire en deux, instituant de part et d'autre des insatisfactions. Dans ce sens, nous avons tout de suite vu l'intérêt de passer convention avec les caisses de retraites, ça nous évite de développer les conflits en place ». Dans ce sens, l'évaluation a donné lieu à des rapports de force économiques et politiques entre les Conseils Généraux et les caisses de retraites.

De cette position hégémonique des Conseils Généraux sur le champ de la dépendance, les organismes de sécurité sociale ont peu à peu adopté de nouveaux modes d'action et de planification : ainsi, dans le cadre du soutien à domicile et dans une optique d'économie, les caisses de retraites ont ouvert leurs méthodes d'actions à l'utilisation de pratiques concurrentielles. Pour les Conseils Généraux, ces nouvelles méthodes agacent. Comme l'affirment un Conseiller Général Vendéen et le Directeur du service d'action gériatrique de la Mayenne : « La CRAM est trop tributaire de ses budgets qui oscillent trop d'une année sur l'autre. Donc on s'est retrouvés avec des niveaux de financements sur le soutien à domicile de plus en plus bas. Ont succédé à cette baisse, des conditions aléatoires d'aides parfois à l'encontre de l'équité territoriale » et « Les caisses de retraites ont des politiques budgétaires et non sociales. (...) Ce n'est pas évident de les suivre dans la mesure où un jour ils nous suivent, le lendemain ils ne peuvent plus faute de financements. Comment voulez vous planifier et ouvrir l'action gériatrique ? (...) Parfois on a l'impression d'être livrés à nous-même ». Les organismes de sécurité sociale ne réfutent pas ce positionnement. Selon le Directeur du service d'action sociale de la MSA Mayenne-Orne-Sarthe : « On est dans une logique d'appel à projet dans la mesure où nos budgets varient trop. On ne peut pas planifier ni programmer nos dépenses donc on est sûr de l'action sociale ponctuelle (...) On subventionne les services et les initiatives suivant nos opportunités économiques ». En effet, les caisses de retraites, auparavant très présentes sur le champ de l'action sociale, ont subi le renforcement du département en la matière depuis les années 1990. Cette baisse de pouvoir a été mal vécue et s'est traduite, lors de la mise en place de l'APA, par un compromis qui n'a pas évité toute forme de conflit : « Ainsi, le Ministère de la Santé et le Ministre délégué à la Sécurité Sociale ont souhaité que soit diligentée une mission d'inspection relative à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale des CRAM. Il en ressort une importante diminution du nombre d'heures ménagères, créant des tensions importantes et une réelle incompréhension avec les Conseils Généraux et les prestataires »¹²⁷.

Les Conseils Généraux se retrouvent, pour 3 des 4 interrogés, contrariés sur l'aménagement du parc d'établissement gériatrique médicalisé et sur la capacité des lits

¹²⁷ FRINAULT T., 2009, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p.195.

des SSIAD. En effet, à l'exception du Conseil Général du Maine-et-Loire, le rattrapage et le rééquilibrage de l'offre se heurtent souvent à des conflits budgétaires entre les Conseils Généraux et les administrations de l'Etat. Selon Directeur du service d'action gériatrique de la Vendée, « On essaie de faire réagir les administrations sur l'urgence de doter telle ou telle portion de lits supplémentaires mais on a parfois un interlocuteur sourd à nos demandes financières. A la fin, on se retrouve avec pas mal de dossiers validés en CROSMS et on développe beaucoup d'établissements intermédiaires avec d'autres partenaires ». Pour l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, ces rapports conflictuels expriment un décalage temporel et professionnel entre les Conseils Généraux et les administrations : « Les DDASS ne sont pas situées sur le temps de l'action politique mais plutôt sur des échelles de temps et d'action plus longues. Le Conseil Général, s'il veut être réélu, s'il veut accroître son rayon d'action a tout intérêt à pousser pour plus de conventions tripartites. Ils poussent dans ce sens. Donc ça va quand nos enveloppes suffisent, mais quand elles sont déjà saturées à la moitié de l'année, nous n'avons que le refus à leur présenter ». S'ajoutent à ces partages institutionnels inaboutis, des oppositions financières entre l'Etat et les Conseils Généraux : la moitié des institutions interrogées affirment que les conflits relatifs au partage des financements gériatriques sont fonctions de la couleur politique de l'autre. Comme l'explique un Conseiller Général de Loire-Atlantique, « La DDASS dépend de l'Etat, la CRAM est également sous tutelle. Politiquement nous avons nos partenaires (en l'occurrence la mutualité retraite sur le territoire de la Loire-Atlantique), c'est une donnée incontournable dans le financement que peut faire le Conseil Général pour l'extension ou la création d'une maison de retraite et surtout dans son implantation. Suite à notre victoire en 2004 (le Conseil Général de Loire-Atlantique a basculé à gauche), l'Etat a moins joué le jeu ». Il est rejoint par l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de Loire-Atlantique chargé de la tarification médico-sociale qui révèle la teneur politique de ces conflits de moyens : « Pourquoi croyez-vous qu'un département voisin ait un parc d'EHPAD et de SSIAD très important ? Pourquoi croyez-vous que les cantons de Pornic et de la Baule soient les mieux équipés en la matière ? C'est avant tout fonction des arbitrages économiques sur l'attribution des enveloppes. On privilégie les convergences locales politiques au détriment d'une péréquation territoriale ». Dès lors, les divergences entre les outils de planification et de programmation entre les Conseils Généraux et les DDASS resurgissent. Bien que cette situation soit paradoxale (les DDASS sont associées aux schémas gériatriques) cette situation s'explique selon l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux par des divergences territoriales entre les deux financeurs : « Oui, il existe parfois des blocages avec le Conseil Général. Il pousse pour telle ou telle maison de retraite ou SSIAD. Mais nous n'avons pas toujours les moyens pour suivre leur projet, donc il y a des arbitrages. Et c'est souvent ces arbitrages qui cachent des enjeux politiques et moins d'intérêt général et sur lequel nous sommes en opposition ». Selon lui, en dépit des plans nationaux, les décalages temporels entre les moyens économiques des administrations et

les besoins relayés par les Conseils Généraux établissent des zones de conflits entre les deux acteurs : « Les politiques locaux, la MSA et l'ADMR poussent le Conseil Général sur certains dossiers que nous ne jugeons pas prioritaires. La plupart du temps, on arrive à les financer quelques années plus tard. Dans le contexte de la Vendée, la pression sur les établissements est de plus en plus forte, on arrive pas à recouvrir les besoins, on court derrière ». Situation larvée et inaboutie que synthétise un Conseiller Général de la Loire-Atlantique: « On a fait le choix de ne pas créer un 5^{ème} risque au risque d'éparpiller les financements entre pleins d'institutions car, dans tout Etat jacobin qui se respecte, le partage rime avec l'éclatement des pouvoirs. Soumis à des transferts insuffisants, à des endettements importants, les financeurs de l'action gérontologique sont à cheval entre des pratiques d'entraides, de complémentarité (entre les financeurs) et les reflexes égoïstes. Personne n'échappe à ce hiatus, même pas nous ».

Dans un contexte de rigueur budgétaire, les institutions et les instances gérontologiques s'accordent à faire état de rapports économiques imbriqués et conflictuels. Pour autant si la conflictualité de ces rapports économiques est exposée, peu des acteurs institutionnels interrogés les remettent en cause. De cette absence de revendication, il ressort un compromis institutionnel et économique entre un Etat soucieux de réduire ses dépenses et des Conseils Généraux qui souhaitent assumer des compétences politiques, compromis que résume un Conseiller Général Vendéen, « Sur la forme, on se dispute avec les services de l'Etat sur les questions économiques. Mais dans le fond, on a besoin d'eux et, eux, ils ont besoin de nous. Donc quand les demandes augmentent chez nous et quand l'Etat nous dit qu'il faut se serrer la ceinture, les tensions sont ravivées. (...) Mais pour moi, ces tensions sont nécessaires, l'émulation politique ne fait jamais de mal, cela participe à la bonne administration du territoire ».

2- La tutelle budgétaire comme vecteur de régulation locale de l'offre

Selon le tableau ci-dessous, les budgets gérontologiques des 4 Conseils Généraux de l'étude ont fortement augmenté entre 2004 et 2008. Cette augmentation traduit une augmentation des moyens et des besoins : entre 2004 et 2008, sur les quatre départements, le nombre d'allocataires de l'APA a augmenté de 35 %, le nombre de places médicalisées en établissement de 10 % et le nombre de places médicalisées au domicile de 14 %¹²⁸.

Tableau 12 : Evolution des budgets gérontologiques des Conseils Généraux de l'étude entre 2004 et 2008 (en %)

Loire-Atlantique	33%
Maine-et-Loire	39%
Mayenne	36%
Vendée	32%

source : DRASS Pays de la Loire 2005 et 2009

S'élevant à hauteur de 270 millions d'euros en 2008, les budgets gérontologiques des 4 Conseils Généraux s'inscrivent dans un contexte d'adaptation aux besoins mais également de contrôle et de remise en cause de leurs propres recettes. A partir des 106 entretiens auprès des acteurs gérontologiques locaux et de la vingtaine d'entretiens avec les institutions qui les financent, il a été constaté que ce contexte budgétaire se répercute sur les rapports entre les financeurs et les financés, et ce sous trois modalités : la restriction, la régulation tutélaire et la concurrence. Nous allons voir comment ces rapports co-existent entre eux.

¹²⁸ DRASS Pays de la Loire, 2009, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Nantes, édition 2009, p.18 et p.43.

a- A l'échelle locale, un contexte de rigueur budgétaire qui pèse

La plupart des entretiens auprès des acteurs gérontologiques locaux était marqués par des doléances envers les financeurs. Sur les 106 entretiens, seulement 14 acteurs locaux (soit 13,2 % du total des acteurs interrogés) ne présentent aucune revendication économique envers leurs tuteurs financiers. Si l'on tient compte des réponses suivant les secteurs d'intervention et la localisation géographique, on observe que les secteurs hospitaliers, médico-sociaux et sociaux affichent les taux les plus importants (entre 90 et 100 %) à l'inverse des acteurs gérontologiques (86 %), notamment des services d'aide à domicile situés en milieu urbain (68 %).

Au niveau hospitalier, les acteurs locaux assurent que leurs activités sont assujetties à des objectifs économiques de rentabilité. Pour le Directeur du service gériatrique du Centre Hospitalier de Cholet, la T2A cristallise le décalage entre les objectifs politiques affichés et les moyens économiques alloués : « D'un point de vue médical, les hôpitaux assurent en France : on forme plein de professionnels, on améliore régulièrement nos capacités thérapeutiques, les usagers ont plus de droit qu'auparavant... Sauf qu'économiquement, nos budgets sont constamment sous tension. Le Ministère et l'ARH nous ordonnent d'aller plus vite, d'optimiser les effectifs professionnels, de réduire la durée des séjours, de brider les revendications salariales, de rogner sur les dépenses de confort. (...) Toutes ces restrictions, ces impératifs économiques se cristallisent sur notre cœur de métier à travers la T2A ». Ces impératifs économiques sont souvent mal vécus par les services hospitaliers dont les demandes et les efforts sont croissants. D'après, le Directeur du Centre Hospitalier de Mayenne : « Nous devons être les couteaux suisse du sanitaire. On nous demande d'assurer sur une multitude de filières, on nous impose des normes d'activité et d'accessibilité de plus en plus exigeantes, et en contrepartie ces efforts ne sont pas restitués économiquement. Cette situation provoque des tensions car, derrière les beaux discours politiques, les moyens se font toujours attendre ».

23 des 26 acteurs médico-sociaux de terrain (SSIAD et EHPAD) jugent leurs attributions financières en-deçà de leurs besoins. Cette réalité est plus forte au sein des EHPAD. Selon les Directeurs interrogés, il existe un déséquilibre entre les moyens alloués et les normes sanitaires, pharmaceutiques, d'hébergement et de professionnalisation issues de la loi du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action médico-sociale et sociale. Plus qu'une baisse des moyens (jamais évoquée), c'est un retard des moyens est relaté. Le Président de la FNADEPA de Vendée est à ce sujet très vif : « On peut se demander si à 450 GMP (niveau de dépendance de l'établissement) c'est une bonne chose de passer en EHPAD vue la faiblesse des contreparties économiques, professionnelles et matérielles. (...) On nous accorde des enveloppes chaque année pour gérer

notre établissement, or leurs méthodes de calcul sont dépassées par les réalités de terrain, si bien que les efforts de remise en norme imposés nous obligent à revoir à la baisse notre gestion salariale. Ils calculent le montant des aides uniquement suivant le niveau de dépendance, la DDASS et le Conseil Général devraient inclure des éléments comme l'ancienneté du bâtiment, la qualification moyenne de l'équipe salariale, le nombre de personnes démentes... ». Même si les responsables de SSIAD (6 sur 9 évoquent les restrictions budgétaires) sont moins unanimes sur la question, certains estiment que les enveloppes allouées par les DDASS se révèlent le plus souvent insuffisantes. C'est l'avis par exemple de l'Infirmier Coordinateur du SSIAD du Choletais qui juge ses moyens trop limités : « Il n'y a que deux SSIAD qui interviennent sur le Choletais et peu d'infirmières libérales. Notre charge de travail est supérieure à nos capacités. Donc, en fin d'année nous présentons souvent des budgets déséquilibrés ».

Tableau 13 : Contrainte budgétaire exprimée par les acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur et la localisation géographique (en %)

	SANITAIRE	MEDICO-SOCIAUX	GERONTOLOGIQUE	SOCIAL
Nantes Métropole	100	85	76	87
Agglomération du Choletais	100	82	88	100
Pays de Mayenne	100	100	100	100
Pays St Gilles Croix de Vie	100	100	88	100
Pays de Pouzauges	50	75	100	
Canton de Baugé	100	100	100	100
<i>Moyenne</i>	92	90	84	92

réalisation : Blanchet M, Doctorat, Université de Géographie d'Angers, 2010

A l'instar des acteurs gérontologiques associatifs, les CLIC interrogés s'estiment à la merci des coupes budgétaires des collectivités territoriales et des caisses de retraites. A l'exception de ceux de Nantes et de Cholet, les CLIC interrogés estiment à ce sujet survivre et ne pas assurer pleinement leurs missions. Le Coordinateur du CLIC de l'est de l'Anjou (Baugé, intercommunalité rurale du Maine-et-Loire) exprime ce sursis économique et les colmatages et les conséquences qui en découlent : « Pouvons nous parvenir à réaliser nos objectifs ? Pour vivre on répond à un maximum d'appels à projets, d'allocations... Mais c'est de plus en plus délicat, le département nous finance à hauteur de 50 % mais pour le reste ça devient de plus en plus difficile, notamment du côté de la CRAM et des collectivités territoriales ». Les établissements non médicalisés ainsi que les services d'aide à domicile qui vivent directement de l'APA évoluent pour leur majorité dans un contexte de restriction économique : 84 % des 50 acteurs gérontologiques interrogés

estiment ne pas avoir suffisamment de moyens économiques pour répondre aux besoins des personnes âgées. Première cause selon eux, la restriction du nombre d'heures financées par les caisses de retraites (GIR 5 et 6). Unaniment, les services gériatriques estiment que les caisses de retraites se désengagent au profit des services à la personne non agréés et du CESU. S'ajoute à cette restriction, une baisse générale des subventions des collectivités territoriales (70 % pour le secteur associatif). Les services de proximité et d'accompagnement social sont dépendants des subventions et demeurent à la merci des restrictions économiques¹²⁹. Le Directeur de l'office des retraités et des personnes âgées de Saint-Herblain explique, en situation de crise, les conséquences de cette dépendance, « Nous accompagnons socialement les retraités et personnes âgées donc c'est moins visible aux yeux des élus, du contribuable même si nos actions ont un réel sens. A ce propos, je pense qu'un acteur comme le nôtre est toujours en sursis, toujours ! Si la mairie ou si le Conseil Général traversent une mauvaise passe, le robinet coulera moins pour les structures relevant de l'APA et ne coulera plus pour les structures telle que la nôtre... ». En conséquence, la quasi-majorité (11/13) des associations interrogées affirme avoir connu en 2009 un gel ou une baisse des subventions.

b- La régulation tutélaire comme forme de négociation entre financeurs et financés

Historiquement, les structures gériatriques font l'objet d'une régulation tutélaire dans le sens où les services et les établissements sont encadrés par la puissance publique agissant comme « tutrice » du consommateur et du producteur. Entre financeurs et financés, les rapports se transforment en va-et-vient où la restriction souhaitée et imposée par les financeurs fait face aux revendications des financés. Selon les entretiens, la négociation économique est, avec la restriction économique, la forme de rapports la plus répandue. Il en résulte des processus de négociation communs à tous les secteurs d'intervention.

Bien que marqués par des restrictions économiques, les acteurs médico-sociaux s'inscrivent dans les processus de négociation avec les institutions qui les financent. Pour les SSIAD, les forfaits globaux de soins sont le témoin de négociations appuyées avec les

¹²⁹ LE DUC M., 2010, *Le conseil général n'augmentera pas les impôts en 2010. En contrepartie, il doit trouver des économies. Le monde associatif va se serrer la ceinture*, Nantes, Ouest-France, p.7.

DDASS. Selon l'Inspecteur aux affaires sanitaires et sociales de la DDASS de Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, « Les SSIAD négocient tous à la hausse leurs enveloppes globales. Pour nous, le but est de négocier et parfois de reporter à plus tard les augmentations dans un souci d'équilibre de l'offre sur le territoire comme le prévoit le PRIAC ». Plus minoritaire que les restrictions, ce mode de rapports est pourtant observé pour 6 des 9 SSIAD interrogés.

Tableau 14 : Rapports de négociation économique des acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur et la localisation géographique (en %)

	MEDICO-SOCIAUX	GERONTOLOGIQUE	SOCIAL
Nantes Métropole	85	69	87,5
Agglomération du Choletais	83	85	100
Pays de Mayenne	100	75	100
Pays de Saint Gilles Croix de Vie	66	66	100
Pays de Pouzauges	100	100	
Canton de Baugé	100	100	100
<i>Moyenne</i>	85	78	91

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Pour les établissements médicalisés, la réforme des EHPAD a étendu les processus de négociation économique partagés avec les différents financeurs (Conseil Général et Etat). Pour cela, les Directeurs d'établissements calculent les dotations globales selon le niveau de dépendance moyen de l'établissement (GMP+PATHOS). Un Directeur de maison de retraite de Nantes explique qu'il négocie continuellement avec la DDASS et le Conseil Général : « Je gère une maison de retraite et un accueil temporaire. Sur Nantes c'est saturé, tout le monde veut venir. Dans ce sens, moi et ma tutrice (mutualité atlantique) sommes en contact régulier avec le Conseil Général et les DDASS pour exposer nos conditions et pour affirmer la nécessité d'étendre nos moyens ». Néanmoins, le Président de la FNADEPA du Maine-et-Loire, explique que les financeurs évaluent et attribuent de manière trop bureaucratique les financements: « L'Etat et le Conseil Général nous financent uniquement sur des critères sanitaires. Plus votre GMP est élevé plus le forfait soins et dépendance le sera aussi. C'est un peu bureaucratique dans la mesure où ça ne prend qu'une réalité de nos missions et que cette sanitarisation économique reporte nos activités sociales sur les tarifs d'hébergement qui sont à la charge des personnes et des familles ». Vision bureaucratique et distante qui, selon, un Directeur de maison de retraite de Cholet, biaise les négociations : « Les pouvoirs publics veulent nous imposer une

sanitarisation quasi-exclusive de nos établissements. Dans ce cas, autant traiter directement avec les inspecteurs sanitaires de la DDASS. Toutes ces normes et ces évaluations de 2002, c'est bien sur le plan de la sécurité ou de l'hygiène. Mais quid du relationnel, des liens informels qui se tissent entre les personnes hébergées. Ces liens, il faut les favoriser, ils ne viennent pas tous seuls et ça coûte des sous ».

Pour les services d'aide à domicile qui bénéficient de l'APA, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rappelle que la régulation et la tarification des services d'aide à domicile est complexe : en plus de la confusion entre agrémentation (possibilité d'œuvrer auprès des personnes âgées dépendantes et de bénéficier de l'APA) et autorisation (tarif fixé avec le Conseil Général), les autorités tarifaires sont susceptibles de moduler les tarifs suivant les prestataires¹³⁰. De fait, le secteur associatif et public, le plus installé dans la Région, s'appuie sur ces fédérations départementales (UNCCAS, UNAD, ADMR...) pour négocier directement les tarifs. Cette « sous-traitance de service public » comme le nomme le Président de l'ADMR May et Evre donne lieu à des exigences de la part des Conseils Généraux en termes de norme, de professionnalisation. Ces exigences tirent vers le haut la qualité des interventions mais aussi le montant horaire forfaitaire de l'APA¹³¹. De fait, les Conseils Généraux ont fixé leur propre grille d'analyse d'activité et de performance des services d'aide à domicile. Dans les cas rencontrés, les échanges entre le Conseil général et les structures d'aide à domicile nécessitent que ces dernières, en particulier lorsqu'il s'agit d'associations, s'engagent dans l'élaboration d'une gestion rigoureuse. Ceci constitue un changement majeur, souvent lent à mettre en œuvre pour des structures de taille modeste.

Les quatre Conseils Généraux interrogés sur ces modes de régulation et de tarification privilégient les rapports tutélaires avec les acteurs associatifs historiques. Cette forme de régulation met en œuvre des contrats à coûts remboursés entre les commanditaires et les prestataires. Comme le précise le Directeur du service d'action gériatrique de la Vendée, « L'ADMR ou les associations affiliées à l'UNA exercent et accompagnent le secteur depuis quelques décennies. Même, si l'ouverture de l'agrément à la concurrence oxygène le secteur, nous, ainsi que la plupart des Conseils Généraux, prolongeons nos collaborations avec les CCAS et les associations bien implantées » et le Directeur du service d'action gériatrique du Maine-et-Loire, « Nous avons une action d'efficacité commune avec les grandes fédérations d'aide à la personne. Donc, les négociations se font avant tout

¹³⁰ FOUQUET A., LAROQUE M., PUYDEBOIS C., 2009, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*, Paris, La Documentation Française, IGAS, p.172.

¹³¹ BONY A., 2008, *Bilan de la politique de tarification de l'aide à domicile, en termes de structuration et de professionnalisation*, Paris, DREES, Séminaire de recherche sur la qualité de l'aide à domicile, p.2

avec elles, sachant que lors des négociations, nous tenons compte du poids économique, social et géographique de ces associations ». Néanmoins comme le souligne le Directeur du service d'action gérontologique de la Loire-Atlantique, « On ne négocie pas de la même manière avec l'ADAR (en Loire-Atlantique) ou bien l'ADMR qu'avec d'autres services d'aide à domicile qui souhaitent ou que l'on souhaite conventionner ». Sur ce point, le Directeur d'une association d'aide à domicile d'Angers explique « que les Conseils Généraux ont tendance à revoir à la hausse les taux horaires avec les CCAS, structures de moyenne taille, et font plus attention avec les fédérations d'aide à domicile qui aident des milliers de personnes.(...) Les Conseils Généraux jouent plutôt le jeu étant donné qu'ils savent très bien qu'en terme de professionnalisation et de structuration, seules les fédérations ou les grosses associations sont capables de mener à bien ce type de politique ». Ainsi, à l'instar des constats d'A. BONY (2007), plusieurs formes de rapports économiques tutélaires co-existent¹³². Une première qui consiste à favoriser le tissu associatif historique à travers la définition d'un tarif unique aligné à la hausse sur le taux horaire de la CNAV (17,46 euros en 2007). A ce sujet un Conseiller Général de la Mayenne revient sur ce choix : « Pour l'aide à domicile, on a décidé de tabler sur un tarif unique dans la mesure où cela ne pénalise pas nos partenaires historiques et nous permet de mieux structurer l'offre. Après, les personnes âgées sont libres de choisir le prestataire, mais pour nous, l'important était de maintenir et de soutenir une offre de qualité sur tout le territoire. Etant donné que le département est rural et que l'aide à domicile représente un secteur d'activité important, nous avons opté pour un tarif unique ». Une seconde (Loire-Atlantique) qui consiste à appliquer une tarification individualisée suivant le service choisi par le bénéficiaire de l'APA. Et un troisième (Vendée et Maine-et-Loire) sur la base d'une tarification suivant les services.

Sur le plan géographique, un responsable de la fédération ADMR du Maine-et-Loire avoue que les négociations tarifaires sont aussi, pour les fédérations, l'occasion de réaliser des interventions dans des espaces peu denses et peu rentables économiquement. Réalité que confirme le Directeur du Service d'Action Gérontologique de la Mayenne pour qui la tutelle tarifaire « constitue un garde-fou pour les Conseils Généraux, qui, en contrepartie d'une augmentation du tarif-horaire voient les activités à domicile se pérenniser en milieu rural profond ». Selon C. PELLETIER (2005), dans ces processus de négociations encadrées entre les financeurs et les prestataires, ces derniers ont entrepris des démarches de professionnalisation et de certification, issues des sphères sanitaires et entrepreneuriales, afin de légitimer leurs pratiques¹³³. L'analyse des négociations montre que, suivant les politiques départementales, ces processus privilégient les

¹³² BONY A., 2007, *Bilan de la politique de tarification de l'aide à domicile, en termes de structuration de l'offre et de professionnalisation*, Paris, DGAS, Séminaire DREES Mission Recherche, *Qualité de l'Aide à Domicile*, Séance du 13 mars 2008, p.7.

¹³³ PELLETIER C., 2005, *Démarche qualité et service aux personnes à domicile*, Paris, Dunod, p.22-45.

fédérations et les mastodontes associatifs hérités des années 1960-1970. Le Président de l'ADAR reconnaît cette donne : « On a du poids et c'est évident que dans les négociations que l'on a avec le Conseil Général nos 2 000 employés, notre expérience jouent pour nous, au contraire de petites SARL ou associations agréées locales qui n'appartiennent à aucun réseau ». Les recherches montrent, dans ce sens, que la négociation tarifaire de l'aide à domicile opère une distinction et donc des inégalités de coûts et de prestations entre, d'un côté les services déjà très structurés ou appartenant à une fédération et les services (notamment les SARL) localisés en ville qui ne négocient pas avec les Conseils Généraux. Sur le plan géographique, tous les Conseils Généraux de l'étude utilisent l'encadrement tarifaire comme moyen de réguler l'offre. A ce sujet, un Conseiller Général du Maine-et-Loire déclare que, « Si nous avons des marges de manœuvre, c'est sur ce champ. Nous disposons d'une allocation qui est une source importante de richesse économique. En contrôlant les négociations, nous faisons des concessions aux grands employeurs mais nous participons également à la construction d'une offre économique et sociale sur le territoire. Les tarifs sont aussi l'occasion de faire jouer la concurrence dans des zones où il existe une offre importante et de maintenir des services en milieu rural où il n'y a pas de concurrence ».

Enfin, les processus de négociation entre financeurs et financés de l'action gérontologique s'appliquent également pour les acteurs de proximité et les acteurs sociaux. Dans une optique de récolte des subventions, ces derniers sont en contact direct et régulier avec les financeurs. Ces rapports s'établissent auprès des mairies et des intercommunalités. Le Directeur de l'ORPAN rappelle cette réalité : « Notre bailleur c'est la mairie de Nantes, point barre. Donc tous les ans, on renégocie avec eux le montant de nos subventions. Vue notre antériorité et étant appréciés par l'ensemble des élus (toutes étiquettes confondues), il y a consensus autour de la question de nos moyens ». C'est également le cas pour le Président de l'association Liens Croisés, association qui œuvre en faveur de la promotion du lien social au grand âge sur la commune de Rezé (banlieue de Nantes), « Notre concept est récent et ne convainc pas tout le monde, donc pour vivre nous sommes suspendus aux subventions de notre fédération (Familles rurales) et à celles de la ville de Rezé. Ces dernières sont décisives car sans elles nous pouvons mettre la clé sous la porte ».

c- L'ouverture au secteur privé lucratif comme mode de régulation

Selon le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire, les loi Borloo relatives aux services à la personne ont permis de décroïsonner le volet social de l'action gérontologique par la mise en concurrence des services entre eux. En effet, la tutelle économique ne constitue pas la seule forme de rapports entre les financeurs et les financés de l'action gérontologique. La libéralisation des services d'aide à domicile a renforcé un nouveau rapport économique fondé sur le laissez-faire, la régulation interne et la concurrence. Par ricochet, ces critères ont impacté sur les rapports économiques et géographiques des acteurs gérontologiques locaux.

Seulement 8 des 50 acteurs travaillant auprès des personnes âgées dépendantes revendiquent leur non-appartenance à toutes formes de régulation. Situés en ville et sur le littoral, ces 7 SARL n'ont pour volonté que de prendre des parts de marché au CCAS, au secteur associatif en abaissant les coûts. Le Directeur d'Age d'Or services (service lucratif et littoral vendéen) estime à ce sujet « que les entreprises sont plus efficaces que les associations dans la mesure où le client et le bailleur se montrent très exigeants avec nos prestations ». Il est rejoint par le Directeur d'Adecco à domicile (Nantes) : « Nous pouvons prétendre à l'APA, mais c'est pas ce que nous recherchons en priorité car nous sommes un peu plus chers que les autres (de 2 à 3 euros de l'heure). Notre but est de cibler une clientèle un peu plus huppée, pour qui avoir la même aide à domicile qu'une famille lambda est moins bien vu ». La réaction des financeurs de l'action gérontologique à ce sujet est parfois équivoque. Si la CRAM Pays de la Loire voit, en l'absence de cadre économique, un moyen de réduire les coûts, les Conseils Généraux qui contractualisent avec ce type de structures y voient un moyen de structurer professionnellement et territorialement l'offre.

Sur le champ de la dépendance en établissement, il ressort des politiques des Conseils Généraux une plus grande ouverture aux groupes privés. Sur la période 2007-2010, une dizaine d'établissements médicalisés de ce type ont été édifié sur les quatre départements de l'étude. Situés en ville ou sur le littoral, les partenariats publics/privés constituent une opportunité politique pour les financeurs comme l'explique un Conseiller Général de Vendée : « Nous avons, en accord avec l'intercommunalité de Nantes, accompagné la création d'établissements à but lucratif. Nous l'avons fait dans des zones où c'était possible en termes de demandes et de main-d'œuvre. C'est intéressant, ça nous offre la possibilité d'étendre notre parc tout en maîtrisant les coûts ». Reposant sur des groupes disposant d'un savoir-faire (logement-social et établissements

médicaux), cette ouverture aux groupes privés constitue pour les politiques un moyen de diversifier l'offre et de rehausser le parc d'établissements médicalisés. La croissance de l'hébergement médicalisé sous le poids de nouveaux besoins et sur fond de politique gestionnaire a favorisé cette ouverture en direction de groupes déjà au fait des normes et des techniques sanitaires. Cette ouverture repose sur une contractualisation dans laquelle le Conseil Général émet des normes territoriales et sociales comme l'explique un Conseiller Général : « Ouvrir au investisseurs privés, ok ! Mais pas à n'importe quel prix. Nous faisons un appel à projet avec un cahier des charges précis notamment sur le projet d'établissement. On s'attache à ce que les autochtones soient prioritaires et à ce que certains garanties sociales pour les usagers soient établies ». De fait, l'irruption grandissante du secteur privé sur le champ des établissements s'établit dans un cadre réglementé et contrôlé et constitue pour les pouvoirs publics une opportunité économique de déléguer les coûts de fonctionnement.

Photographie 1 : Construction de la maison de retraite médicalisée des « Bords de Sèvre » (Rezé)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

La construction de la maison de retraite médicalisée des « bords de Sèvre » dans la ville de Rezé (banlieue de Nantes) repose sur un partenariat public-privé. Comme la pancarte l'indique, l'Etat, les collectivités locales, un bailleur social (Atlantique Habitations) et une banque (Crédit Mutuel via la fondation Cémavie) participent à la construction de l'établissement. Le développement de ces partenariats (notamment en milieu urbain) témoigne de la volonté des pouvoirs publics de déléguer, de manière encadrée, les

interventions auprès des personnes âgées dépendantes au secteur associatif et aux structures privées.

Cependant, comme le mentionne le Président de la FNADEPA de la Loire-Atlantique, l'ouverture au secteur lucratif et les implantations ciblées présentent des risques sociaux et territoriaux : « Du point de vue du Conseil Général, c'est intéressant économiquement car il délègue une bonne partie des coûts. En revanche, je me pose des questions sur les tarifs hébergements (fixés par les établissements) et sur les personnes qui intègrent ces établissements. En effet, les groupes n'ont aucun intérêt à s'implanter sur Legé ou dans les choux. Ça fait une première sélection. Seconde sélection probable, c'est la capacité des personnes âgées à payer des tarifs d'hébergement très élevés. Il y a beau avoir des clauses en direction des publics les plus pauvres, il n'en demeure pas moins que leur place est limitée et que ces publics accueillis risquent d'être en porte-à-faux dans des établissements où cohabitent en majorité des gens aisés. Localement, je me demande également si la co-habitation d'établissements publics, associatifs et lucratifs ne risque pas d'opérer une compartimentation et des inégalités de prise en charge. (...) Enfin, sans vouloir paraître trop partial, je me pose des questions sur la compatibilité de l'action sociale avec les logiques lucratives ».

d- L'utilisation opportune du compromis tutélaire-concurrence

Sur le champ de la dépendance, les entretiens et les recherches montrent que les financeurs font co-exister deux formes de régulations économiques de l'offre (tutélaire et concurrentielle). Pour des raisons économiques et politiques, les Conseils Généraux utilisent ces deux modes de régulation à leur profit selon la structuration spatiale du vieillissement du territoire.

En effet, il ressort une dualisation des modes de régulation économique de l'offre entre d'un côté les aires urbaines et le littoral, et de l'autre les zones rurales. Pour ces dernières, l'action gérontologique constitue un gisement d'emploi féminin important et, de fait, se traduit par un enjeu économique et territorial. Moins rentable aux yeux des acteurs lucratifs, les financeurs s'appuient dans ces espaces sur les réseaux associatifs et les publics hérités. Dans ce sens, les Conseils Généraux sont très attentifs au maintien de ces services sur ces territoires et s'appuient sur les grandes fédérations d'établissements et les collectivités locales. A l'inverse, en milieu urbain ou sur le littoral, où la solvabilité des personnes âgées est plus forte, les financeurs de l'action gérontologique n'ont pas freiné les logiques concurrentielles impulsées à l'échelle nationale. En effet, les pouvoirs publics s'accommodent parfaitement de

la concurrence comme mode de régulation de l'offre dans ces espaces. Selon le Directeur du service personnes âgées du CCAS de Nantes, elle a débouché sur un surplus de professionnalisation, « Sur Nantes, il y a de la place pour tout le monde. Le Conseil Général et la CRAM ont bien compris les bénéfices qu'ils pouvaient en tirer : en plus de répondre à des politiques d'emploi, la concurrence a pour effet d'amener les grosses associations à se structurer, à se professionnaliser. De plus, cela renforce la position des financeurs vis-à-vis de tel ou tel service ».

Il découle de l'utilisation par les financeurs gérontologiques de ces deux modes de régulation économique une forme d'opportunisme qui a permis aux financeurs et aux politiques de multiplier et diversifier l'offre, de maintenir des gardes-fous économiques (en milieu rural mais également en milieu urbain) et de contenir les dépenses. Dans une optique d'efficience économique, les Conseils Généraux de Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de la Vendée ont depuis quelques années entrepris des contractualisations avec des structures privées, tandis que le Conseil Général de la Mayenne (faute de marché ?) continue à privilégier des rapports tutélaires avec les services d'aide à domicile associatifs et des CCAS.

Pourtant, au-delà de cette utilisation, selon J-L. LAVILLE (2001), il découle de la cohabitation de ces modes de régulation plusieurs paradoxes : « *Les services aux personnes âgées ne peuvent plus être créés par le biais d'une régulation tutélaire qui s'avère dépassée, tant en terme de coûts, que de déficit de personnalisation. Mais la régulation concurrentielle a engendré des inégalités inédites, entre les usagers, comme entre les employés* »¹³⁴, paradoxe que confirme une majorité des services d'aide à domicile interrogés (27 sur 32 soit 84 %), pour qui la libéralisation de l'aide à domicile s'est traduite par une limitation horaire et professionnelle des plans d'aide. Or comme le souligne B. ENNUYER (2007), cette double limitation a engendré des inégalités dans le libre choix des personnes âgées les moins pourvues sur le plan économique : « *Comment en effet, éviter devant ce manque d'heures d'aide, au niveau individuel, que les clients ou usagers recourent aux prestations les moins chères, au-delà des critères de qualité et de compétence. Cette question de la qualité du service, l'utilisateur désargenté ayant absolument besoin d'aide, n'a pas vraiment loisir de se la poser. Ce constat montre bien que le droit des usagers affirmé dans la loi 2002-2 est un vœu pieu : comment en effet avoir le choix entre rester à domicile ou entrer en hébergement quand on n'a pas d'argent ?* »¹³⁵. De son côté H. NOGUES (2010) s'interroge sur les conséquences

¹³⁴ LAVILLE J-L., 2001, *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, Paris, La Découverte, MAUSS, p.46.

politiques et territoriales à moyen terme de ce compromis : « *Le domaine d'intervention des pouvoirs publics tend donc à se réduire et les formes de l'action publique à se calquer sur les solutions dominantes dans le secteur privé marchand (...). Dans cette optique, ne risque-t-on pas de voir des entreprises se focaliser sur les zones géographiques à plus fortes densités et sur les populations les plus solvables ?* » ¹³⁶.

¹³⁵ AGAESSE M., ARGOUD D., ENNUYER B., HUGONOT R., MARECAUX Y., MOLLIER A., VILLEZ A., 2007, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, sous la direction de AMYOT J-J., Paris, Dunod, p.179.

¹³⁶ NOGUES H., 2010, *Les services d'aide à domicile aux personnes âgées. De la démarchandisation à un nouveau marché providence*, Amiens, in Ressources solidaires, p.3.

3- Les rapports entre les financés : entre partenariat, pseudo-concurrence et concurrence

Les recherches menées sur les échantillons territoriaux d'observation montrent qu'il existe trois formes de rapports économiques entre les financés locaux de l'action gérontologique : un rapport économique de co-existence, un rapport de complémentarité et un rapport concurrentiel.

a- Une coexistence économique en trompe l'œil

Tableau 15 : Coexistence exprimée par les acteurs selon le secteur

MEDICAL	76
MEDICO-SOCIAL	15
GERONTOLOGIQUE	10
SOCIAL	15

économique et sectorielle gérontologiques locaux d'appartenance (en %)

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Le rapport de co-existence pose, à première vue, le principe d'absence d'enjeux économiques entre les acteurs gérontologiques locaux. Cette absence est structurée suivant les secteurs et les différents circuits de financement. Plus que territoriale, cette absence d'enjeu économique se révèle sectorielle. C'est le cas entre les hôpitaux, les médecins libéraux d'une part, et les différents services et établissements médico-sociaux et sociaux pour personnes âgées dépendantes de l'autre. Le questionnement des médecins libéraux et des services hospitaliers montre que la frontière sectorielle constitue une barrière socioprofessionnelle et économique : un Médecin Généraliste de Nantes, assure à ce propos, que « nous ne faisons pas le même métier et économiquement, mis à part mes collègues, je ne vois pas d'autres formes de concurrence ». Réalité avalisée par l'Infirmière Coordinatrice du SSIAD de Nantes, « Il n'y a pas d'enjeu avec les généralistes car ils ne sont pas sur les mêmes sources économiques. Le médecin n'intervient pas dans nos

activités, ils n'y sont pas même attentifs car une fois leur signature déposée, peu importe pour eux de savoir qui assure la prise en charge de la personne ».

Pourtant le Directeur d'ADT 44 (Association d'aide à domicile de l'agglomération de Nantes), estime que cette absence de rapport en apparence ne dissimule pas en arrière-fond des enjeux économiques : « (à propos de l'absence de tension économique entre les acteurs sanitaires et d'aide à domicile) Vous me dites qu'il n'existe pas d'enjeux économiques entre le sanitaire et le social. C'est faux ! Il y en a. Et la grande force de ceux qui en profitent, c'est de montrer qu'il n'y a pas de rapport économique entre ces secteurs, alors qu'ils sont liés ! Si l'on prend une personne âgée dépendante, elle a autant besoin d'une prise en charge médicale que sociale, or si vous établissez la balance des dépenses, elle penche nettement en faveur du médical ». L'absence de rapport et d'enjeu économique local entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux relève selon M. LORIOL (1995)¹³⁷ des enjeux de domination cognitive et économique. De plus, comme nous allons le voir, elle s'inscrit également dans des rapports de connivence et de concurrence intra et inter-sectoriel plus ou moins assumés selon les territoires. Cette absence d'enjeu affichée s'inscrit au final en trompe l'œil et nécessite de repenser les équilibres d'intervention entre les secteurs sanitaires et sociaux.

b- Des partenariats économiques et locaux plus développés en milieu rural

Selon les entretiens, il ressort des liens de complémentarité et de solidarité économique à l'échelle locale. Les recherches de terrain montrent que ces solidarités économiques sont structurées de manière inter-sectorielles, informelles et sont plus exacerbées en milieu rural.

Un peu moins de 40 % des acteurs médico-sociaux, gérontologiques et sociaux déclarent avoir des liens de solidarité économique avec des établissements hospitaliers. Plus étroits en milieu rural, ces liens économiques s'avèrent directs et informels. Directs par l'octroi de subventions, de personnel ou de matériel. C'est le cas par exemple entre le SSIAD et l'hôpital Local de Baugé (Maine-et-Loire), étant donné que « ces deux entités appartiennent au même établissement » comme le note l'Infirmière Coordinatrice du SSIAD de Baugé. Selon la Coordinatrice du CLIC de Mayenne, le bon fonctionnement de sa structure dépend en partie des subventions et des prêts du Centre Hospitalier de Mayenne : « En plus du Conseil général et de la ville de Mayenne, il faut ajouter que le CLIC est fortement aidé matériellement par l'hôpital. Que ce soit par la

¹³⁷ LORIOL M., 1995, *Construction de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue*, Paris, in Sciences sociales et société, n°2, p.108.

mise à disposition de professionnels ou de matériels, l'aide de l'hôpital est vitale pour les CLIC ». Ces rapports économiques sont aussi très développés en direction du tissu associatif social et local. C'est notamment le cas avec les associations culturelles, collaborations économiques qui ont été renforcées par une convention en 2006 entre l'ARH et la DRAC Pays de la Loire. Selon le Directeur du Centre Hospitalier de Mayenne, ces ouvertures économiques sont importantes, « Etant donné qu'elles profitent aux patients et à l'hôpital : pour le patient ces solidarités économiques lui garantissent une meilleure sortie et, pour nous, cela permet d'assurer de meilleures transitions professionnelles et de pérenniser le retour de la personne et non un va-et-vient avec l'hôpital ».

Tableau 16 : Liens économiques informels entre les acteurs gérontologiques locaux (en %)

Nantes Métropole	32
Agglomération du Choletais	32
Pays de Mayenne	50
Pays de Saint Gilles Croix de Vie	44
Pays de Pouzauges	66
Canton de Baugé	63
<i>Moyenne</i>	40

réalisation : Blanchet M, Doctorat, Université de Géographie d'Angers, 2010

Le gros des rapports de solidarité économique n'est pas palpable et revêt **une forme informelle**. En effet, 73 % des partenariats économiques entre les hôpitaux et les acteurs gérontologiques s'établissent sous des formes informelles. Cette forme informelle s'inscrit dans des jeux de connivence. En effet, les interfaces (entrée/sortie) sont des lieux stratégiques. D'après le Directeur du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Cholet, cette interface est très importante pour les maisons de retraite ou bien les services d'aide à domicile : « Pour des raisons diverses, la gestion de nos flux de patients âgés et dépendants constitue un soulagement voire une opportunité économique pour d'autres types de services.(...) L'autre jour une maison de retraite au bord de la saturation m'a demandé si je pouvais accepter une patiente. J'ai dit ok, étant donné que nous avons plus de moyens qu'eux. Pareil avec les SSIAD, grâce à l'HAD on s'arrange parfois pour capter les besoins sur le terrain.(...) A la sortie, les enjeux sont tout autre. Soit on s'arrange professionnellement avec les Directeurs de Maisons de Retraites, soit, en cas de retour à domicile, on s'arrange avec des services avec lesquels on travaille depuis un moment comme les ADMR, l'AFAD ou le CCAS de Cholet ». Les mêmes rapports s'observent selon la Coordinatrice du CLIC du Choletais, entre les établissements hospitaliers locaux et

les services médico-sociaux et sociaux locaux : « Avec les financements CRAM sur la sortie d'hôpital et les plans d'aide de l'APA, les services sociaux des hôpitaux ont eu pour habitude de négocier avec les aides à domicile et les maisons de retraites donc il y a parfois des ajustements suivant les activités économiques ». Au niveau des acteurs concernés par ses sorties d'hôpital, le Directeur de l'ADAR (principale association d'aide à domicile de l'agglomération nantaise) révèle « nous avons des liens étroits avec les services sociaux des hôpitaux et ces liens sont stratégiques dans la mesure où la dépendance s'installe parfois après un séjour à l'hôpital ». Géographiquement, les recherches sur les échantillons territoriaux d'observation montrent que ces rapports obéissent à des règles de densité géographique : ils s'avèrent plus étroits et simples en milieu rural et, dans un contexte concurrentiel, révèlent un caractère « stratégique ».

Les solidarités économiques à l'échelle locale s'observent aussi entre les acteurs médico-sociaux (EHPAD et SSIAD) et gérontologiques (services d'aide à domicile). Ces rapports sont régis par les jeux interactionnels des flux de personnes prises en charge et des marges de manœuvre des acteurs. Située aux limites d'intervention, une partie des relations économiques entre les SSIAD, les SAD et les différents établissements d'hébergement repose sur un ajustement de la demande selon les capacités et les besoins économiques¹³⁸. En situation de saturation économique (capacité de main d'œuvre trop réduite pour maintenir l'intervention), les SSIAD font appel de manière informelle aux infirmières libérales et aux services d'aide à domicile pour les soulager économiquement¹³⁹. Dans le cas de notre étude, ce sont les SSIAD qui font le plus souvent appel aux SAD pour parvenir à équilibrer leur budget : sur les SSIAD interrogés, 6 ont ce type de pratiques comme l'expliquent les Infirmières-Coordinatrices des SSIAD de Pouzauges et de Nantes: « Quand nous sommes au bord de l'explosion et que nous ne pouvons pas suivre professionnellement et économiquement, nous faisons appel aux SAD locaux. La plupart des personnes auprès desquelles nous intervenons sont dépendantes et bénéficient de l'APA, donc en cela nous nous aidons » et « Nous avons des équilibres budgétaires à respecter. Et, comme vous le savez, nos moyens sont inférieurs aux demandes, c'est pourquoi tacitement nous appelons l'ADAR ou l'AAFP pour pallier nos manques économiques. De leur côté, ils y gagnent aussi, donc tout le monde est content ». Les recherches de terrain ont également montré l'existence de liens de solidarité économique entre les services d'aide à domicile. Bien qu'évoluant dans un secteur très concurrentiel, ces liens prennent la forme de coopérations non contractualisées entre les services publics et les associations. Comme l'explique le Directeur du service personnes âgées de la ville de Rezé, « Ces coopérations concernent le week-end et le soir. Nos équipes et nos statuts sont plus difficiles à prendre en compte le week-end

¹³⁸ MARQUIER R., 2010, *Les activités des aides à domicile en 2008*, Paris, in Etudes et Résultats, n°741, p.3-6.

¹³⁹ BERTRAND D., 2010, *Les activités de soins à domicile en 2008*, Paris, in Etudes et Résultats, n°739, p.8

comme temps d'intervention. Donc, pour y remédier nous nous arrangeons avec les associations locales ». Ce partenariat s'observent également entre les établissements médicalisés et non médicalisés. 4 EHPAD sur les 10 interrogées n'ont pas hésité à orienter les usagers vers des maisons de retraites ou des foyers-logements voisins (qui avaient besoin de plus de GIR pour de meilleures dotations). Géographiquement, selon les échantillons d'observation, ces liens économiques sont plus étroits en milieu rural et plus rares en milieu urbain.

Figure 14 : Partenariats économiques informels entre les acteurs de la dépendance suivant l'intercommunalité d'observation (en %)

Nantes Métropole	25
Agglomération du Choletais	55
Pays de Mayenne	67
Pays de Saint Gilles Croix de Vie	50
Pays de Pouzauges	56
Canton de Baugé	80
<i>Moyenne</i>	46

réalisation : Blanchet M, Doctorat, Université de Géographie d'Angers, 2010

Selon le Directeur de l'ADAR, cette surreprésentation des connivences économiques en milieu rural s'explique par le degré d'interpénétration des compétences et des missions des acteurs gérontologiques dans les zones les moins pourvues : « Bien entendu que l'on travaille avec les SSIAD et que l'essentiel de notre collaboration repose sur des principes économiques, mais pas seulement, il y a aussi des critères territoriaux. Car suivant le découpage des SSIAD, où que l'on soit en milieu rural, nos collaborations sont plus étroites. En ville, ce n'est pas pareil, il y a tout ce dont les personnes ont besoin, et ce en quantité suffisante. En revanche, en milieu rural, c'est plus disparate, c'est plus nuancé, les associations locales et les SSIAD sont moins dans un rapport de concurrence, ce qui se traduit par plus de solidarité on peut le dire économique entre les services relevant de financements différents ». C'est bien là que se situe toute la question. Les principes concurrentielles sont inégaux sur le territoire. Cette diffusion inégale de la concurrence se traduit par un plus fort développement des mécanismes de solidarité économique dans les zones les moins denses et les moins solvables.

c- Des rapports concurrentiels inégaux à l'échelle locale

En soumettant l'action gérontologique à des impératifs budgétaires, la solvabilisation et le contrôle économique de l'offre se sont traduits par un alignement des politiques locales sur des standards économiques¹⁴⁰. La diffusion de ces normes de régulation et de structuration de l'offre a fortement impacté sur les rapports économiques et territoriaux entre les acteurs gérontologiques.

Sur le champ hospitalier, les entretiens révèlent que les rapports économiques concurrentiels existent entre les établissements hospitaliers. Sur les 6 établissements hospitaliers interrogés, tous reconnaissent être concurrencés par les établissements privés mais également par des établissements publics (5/6). Soumis à des lignes de conduite gestionnaires et de rentabilité, le Directeur du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Cholet explique que « On est à la fois partenaire et concurrent avec les autres établissements. La T2A et la pérennité des établissements et des filières sont évaluées à l'ARH et au Ministère. Donc, il faut que l'établissement tourne au-dessus d'un certain seuil pour qu'il soit rentable et ait un minimum de moyens (...) Cette politique se répercute avec les autres établissements, surtout avec les Hôpitaux Locaux, dont la survie dépend de ses chalands. Donc, économiquement, nous n'avons pas le choix, nous devons être plus compétitifs que le voisin, présenter les meilleurs ratios... ». Observation partagée par le Directeur du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Cholet qui révèle que « Nous sommes sous pression sur toutes nos filières sur les actes courants. Avec les cliniques mais aussi avec les autres établissements hospitaliers ». Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire explique cet état de fait : « Effectivement, la refonte de la carte hospitalière et le SROS demandent aux établissements hospitaliers une rigueur budgétaire. Suivant les filières, il existe des seuils de rentabilité qui fixent le maintien de l'établissement ou de la filière sur le territoire. Donc, l'enjeu est considérable entre les Centres Hospitaliers et les hôpitaux locaux. Pour eux, il est important que leur établissement tourne sous peine d'être amputé. Donc, il existe une véritable concurrence entre les établissements hospitaliers de petite et moyenne taille ». Sur le plan sectoriel, les activités hospitalières ne sont pas confrontées à des concurrences : plus techniques et appartenant à des financements d'assurance maladie, aucun des établissements hospitaliers n'est concurrencé par les acteurs médico-sociaux et sociaux. Au contraire, les entretiens révèlent davantage une propension des établissements hospitaliers (4/6) à utiliser les cadres concurrentiels de l'aide à domicile dans le but de réduire la durée des séjours d'hospitalisation.

¹⁴⁰ NOGUES H., 2003, *De l'aide ménagère à la PSD : les avatars des prestations d'aide à domicile*, Nantes, sous la direction de MARTIN C., *La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe ?*, Presses Universitaires de Rennes, ENSP, p.135.

Pour les médecins libéraux, le cadre libéral est revendiqué. Censé être concurrentiel, le cadre libéral ne débouche sur aucune concurrence économique avec les acteurs médico-sociaux et sociaux : selon les 11 médecins libéraux interrogés, aucun ne déclare avoir de réel rapport de concurrence avec des pairs ou avec des acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Cette absence de concurrence économique s'explique selon un Médecin Libéral de Nantes pour 4 raisons : « Nous avons une position stratégique dans le parcours de soins, nous sommes rares (numerus clausus), nous nous connaissons beaucoup et, enfin, nous gagnons bien notre vie ce qui ne nous pousse pas à faire plus que le collègue voisin ».

En établissements pour personnes âgées dépendantes, comme le note D. ARGOUD (1998), « *Les limites inhérentes à l'investissement de l'Etat et des collectivités locales, conjuguées à la solvabilisation d'une part croissante des personnes âgées, ont créé un appel d'offre, dans lequel s'est engouffré le secteur commercial, particulièrement dans les années 1980. En même temps, les formules proposées se sont diversifiées et se sont adaptées au type de population accueillie. C'est pourquoi en l'espace de quelques années, l'éventail des établissements pour personnes âgées s'est considérablement modifié* »¹⁴¹. La cohabitation de modes de gestion associatifs, publics et privés sur le champ des établissements pour personnes âgées ne s'est pas traduit par des rapports concurrentiels entre les établissements. Au contraire, il semble, selon les entretiens, que la demande se régule et s'adapte à la localisation et aux tarifs pratiqués par les établissements. C'est ce que précise un Chargé de mission du groupe d'établissement d'hébergement à but lucratif Noble-âge (Nantes) qui estime que « plusieurs modes de gestion peuvent co-habiter en ville. Nous nous occupons de la strate supérieure de la population âgée. Donc, comme je vous l'ai dit, il n'y a pas vraiment de concurrence avec les autres établissements. La concurrence n'est effective que lors des appels à projet ». Un Elu communautaire (Nantes Métropole) considère l'ouverture aux structures privées comme une opportunité, « Ils viennent car cela nous permet de déléguer ces missions à des entreprises qui ont des savoir-faire et qui prêtent attention aux salariés. J'ajoute aussi que sur le département, les maisons de retraites, elles sont pas en ville, elles sont à la campagne. Il n'y a qu'à lire le schéma départemental et vous avez tout compris. Vous voyez qu'il y a un déficit de place sur la côte et sur Nantes. Donc, le contexte est peu concurrentiel, donc les municipalités font appel aux acteurs privés. Tout le monde y trouve son compte ». La recherche du type de public cristallise des rapports de force économiques. En effet, les dotations des établissements médicalisés sont solidaires du niveau général de dépendance des résidents (GMP). Or, pour des raisons de plafond, les établissements tendent à appliquer des critères concurrentiels selon

¹⁴¹ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.100.

le degré de dépendance de la demande. Le Président de la FNADEPA Maine-et-Loire explique ce mécanisme : « Pour certains établissements, c'est la chasse aux personnes âgées moins dépendantes. Car, en terme de main d'œuvre, plus vous avez de personnes très dépendantes, plus vous avez du mal à fournir dans la mesure où nos capacités économiques sont limitées. Le système est parfois pervers et tend à mettre les établissements sous pression économique. Pour cela, certains établissements jouent sur les tarifs et s'inscrivent dans une logique davantage sélective que concurrentielle ».

Tableau 17 : Rapports de concurrence économique des acteurs de la dépendance à domicile (en % et ratio)

	EHPAD / EHPA	SSIAD / infirmières libérales	CLIC	SAD
Nantes Métropole	66	75	2 sur 3	91
Agglomération du Choletais	50	75	0 sur 1	85
Pays de Mayenne	100	100	1 sur 1	66
Océan Marais Monts	50	50	1 sur 1	100
Pays de Pouzauges	100	66	1 sur 1	75
Canton de Baugé	50	100	1 sur 1	100
<i>Moyenne</i>	60	74	6 sur 8	86

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Les entretiens auprès des 76 acteurs médico-sociaux et sociaux qui répondent aux situations de dépendance font nettement ressortir l'instauration de pratiques économiques concurrentielles à l'échelle locale. L'APA polarise les convoitises. La solvabilisation de la dépendance ainsi que la libéralisation des services s'est traduite par une concurrence exacerbée entre les acteurs locaux du domicile. Selon le Coordinateur du CLIC de Nantes, « L'APA a entériné une concurrence informelle qui existait déjà. L'arrivée et l'encouragement des initiatives privées dans le domaine ont directement bousculé les rapports entre les associations d'aide à domicile en place. Si au début des années 2000, il y avait des concurrences à la marge, maintenant il n'y a plus de limite mais un seul objectif : faire que la personne en besoin soit prise en charge chez eux ». Analyse reprise par des Directeurs d'associations et d'entreprises d'aide à domicile (anonymes) : « Notre cœur de marché c'est la personne âgée dépendante. Nous avons obtenu l'agrément qualité pour toucher l'APA. Avec vous êtes sur d'avoir des revenus continus, donc c'est très intéressant », « Nous avons un savoir faire concurrencé. Donc c'est à nous de nous adapter, de montrer que nous sommes plus compétents que les autres. Nous avons donc entrepris un travail sur nous même qui nous a conduit à nous saisir d'une certification, à mener une politique de communication importante... ». Seuls les services d'aide à domicile (SAD) gérés par des CCAS

échappent à cette règle comme l'explique le Directeur du Service Personnes Agées de l'Agglomération du Choletais : « Notre service s'adresse aux personnes âgées dépendantes et en situation de précarité. Nous, la concurrence ne nous concerne pas puisque nous passons convention avec d'autres services d'aide à domicile pour couvrir nos activités le week-end et les vacances. (...) Nous répondons au plus près aux besoins des personnes. Comme le font les autres non ? Sauf que là, nous sommes dans un rôle d'accompagnement social et non dans un rapport de client. C'est notre différence et notre force ». Les CCAS, étant couverts économiquement par les politiques locales, ils n'en n'adhèrent pas moins aux critères de concurrence, comme l'explique le Directeur du CCAS de Bouguenais (agglomération de Nantes) : « Notre service laisse en paix les personnes âgées, les responsabilise ainsi que leurs familles. Nous venons en complément et non en tant que sous-traitant (...). Cette approche assumée est contrecarrée par l'agressivité des services d'aide à domicile et même des associations. Ils vont jusqu'à téléphoner aux personnes que l'on prend en charge. Le démarchage va loin mais aussi la captation de la personne dès lors qu'elle a droit à l'APA. (...) Dans certains cas, je me demande si c'est pas l'intérêt de l'association ou de l'entreprise qui prime avant celui de la personne ». Néanmoins, devant les politiques de professionnalisation et de norme des entreprises et des associations, les cadres d'action des services d'aide à domicile des CCAS apparaissent rigides. En conséquence, les années 2000 ont été le témoin d'un abandon ou d'une réduction des activités à domicile des CCAS dans les zones où les pratiques concurrentielles se sont le plus développées (en ville et, à un degré moindre sur le littoral). Le Directeur du service personnes âgées du CCAS de Nantes revient sur le choix de la municipalité de se délester du service d'aide à domicile « à travers le caractère inadapté de nos statuts et de nos cadres aux différentes évolutions qui marquent l'intervention à domicile. On est passé d'une logique d'usager à une logique de client. A un moment donné, notre service n'était plus viable. Il coûtait cher et n'était pas adapté aux besoins. (...) On s'est rapproché de l'ADAR et on a signé une convention avec ».

Seulement 13 % des services d'aide à domicile (proportion plus élevée en ville) assument être concurrents d'acteurs médico-sociaux comme les CLIC, les SSIAD, les EHPA et EHPAD. Ces derniers, subissent à 77 % la concurrence des services d'aide à domicile. Les entretiens montrent que ce type de rapports est élevé sur l'ensemble des échantillons territoriaux d'observation. Cette concurrence économique impacte sur les rapports locaux des SAD. Les SSIAD et les CLIC se déclarent entravés dans leurs activités par le démarchage des SAD. Le Directeur du SSIAD de la ville de Rezé (agglomération de Nantes) déclare à ce propos que, « Cette concurrence, non souhaitée de notre part impacte notre travail et nos relations avec les SAD. La principale action est d'orienter la personne vers leurs services par des démarchages téléphoniques, par une coopération aléatoire avec les SSIAD.... Le but pour eux, est d'être le premier à toucher la personne ».

Pour les 10 EHPAD interrogées, 7 affirment rencontrer des difficultés de coordination avec les SAD pour des motifs économiques. D'après le Président de la FNADEPA de Loire-Atlantique : « Il y a des personnes qui seraient mieux en maison de retraite. C'est évidemment une question ultra-délicate mais à mon avis toujours salubre. Je remarque que sous couvert, de maintien à domicile, de choix de vie, des associations encouragent la personne à rester chez elle. Ces personnes sont en général très dépendantes et perçoivent des plans d'aide conséquents qui alimentent les activités locales des associations... ». Pour le Directeur d'une association d'aide à domicile d'Angers, cette exacerbation de la concurrence s'explique par les faibles marges de manœuvre économique des SAD qui biaisent et déplacent la concurrence vers d'autres champs d'action : « Le taux CNAV et CNSA orientent le montant des plans d'aides à l'heure. Donc la concurrence est faible entre les SAD, de l'ordre de 3 euros de l'heure, ce n'est pas énorme. De fait, pour que ça tourne, il faut que le volume soit important, c'est à mon avis la raison pour laquelle, les SAD concurrencent les activités gérontologiques qui n'appartiennent pas aux mêmes cadres de financement et se livrent des guerres territoriales ». Concurrence pipée entre les SAD qui se traduit par une course locale aux volumes d'activités et à la recherche de la solvabilité et qui, en conséquence, tend à conflictualiser les rapports dès lors que les dotations se révèlent être insuffisantes¹⁴². Enfin comme le note J-P ESCUDIE (2009), les conséquences de cette concurrence, notamment en milieu urbain, se sont traduites par une fragilisation du secteur : « *Le plan Borloo de 2005 a favorisé le développement des services à la personne, mais a eu aussi pour conséquence de renforcer la concurrence. Les acteurs les plus fragiles ou les moins préparés - qui se trouvaient parfois jusqu'alors dans des situations de quasi monopole - ont eu du mal à y faire face. Sur ce point, les organismes associatifs ne manquent pas de se plaindre des entreprises privées qui ont investi le secteur et utiliseraient des personnels manquant de qualification. Ensuite, les acteurs du secteur ne sont pas exempts de toute responsabilité. Les causes internes aux difficultés ne manquent pas : taille critique insuffisante de nombreuses structures pour pouvoir bénéficier de certaines expertises (informaticien, juriste, comptable...), manque de rigueur dans la gestion, croissance à tout prix et développement tous azimuts pour occuper des positions, rapprochements hasardeux...* »¹⁴³.

Sous le mode de la subvention et de la solvabilisation, de plus en plus d'associations ou d'entreprises se créent et se positionnent chaque année sur l'accompagnement social des retraités et des personnes âgées. Comme l'explique, le Chargé de Mission de Familles Rurales

¹⁴² <http://www.uriopss-paysdelaloire.com>

¹⁴³ ESCUDIE J-P, 2009, *La crise s'accélère dans le secteur de l'aide à domicile*, Paris, Localtis, p.3.

de Loire-Atlantique (qui lance sur la ville de Rezé une association dont l'objet consiste à lutter contre l'isolement des personnes âgées en organisant les déplacements et les sorties de ces dernières) : « On a diagnostiqué une demande sur Rezé. Il y a de plus en plus de personnes âgées qui vivent seules, donc nous nous sommes dits que cela pouvait être bien de disposer sur le territoire d'une réponse à ces problématiques. A l'instar de l'APA, l'idée serait de développer une allocation qui permettrait aux personnes âgées de bouger, de sortir... ». Néanmoins, comme le note un Conseiller Municipal de Rezé, cette démarche « de plus en plus visible sur l'agglomération a pour objectif d'être pérenne à travers la solvabilisation de cette offre par les collectivités locales ou les caisses de retraites. Cette association veut recréer du lien social mais elle veut aussi créer un ou plusieurs emplois ».

CONCLUSION

Au final, la raréfaction des recettes et le contrôle des dépenses de protection et d'aide sociale de l'Etat modèlent les rapports entre les acteurs gérontologiques et mettent à jour des postures contradictoires. Ainsi, la segmentation et l'emboîtement territorial de l'action gérontologique conjugués à des politiques gestionnaires frileuses ont pour effet, à l'échelle institutionnelle et à l'échelle locale, de cristalliser l'action gérontologique comme enjeu économique et de conforter les rigidités sectorielles. Dans les pratiques, ces orientations se traduisent par le développement et la multiplication de l'offre sous un registre sectoriel et marque le délaissement d'une politique préventive, en amont des ruptures, au profit d'un accompagnement curatif, en aval. L'action gérontologique se retrouve ainsi polarisée sectoriellement.

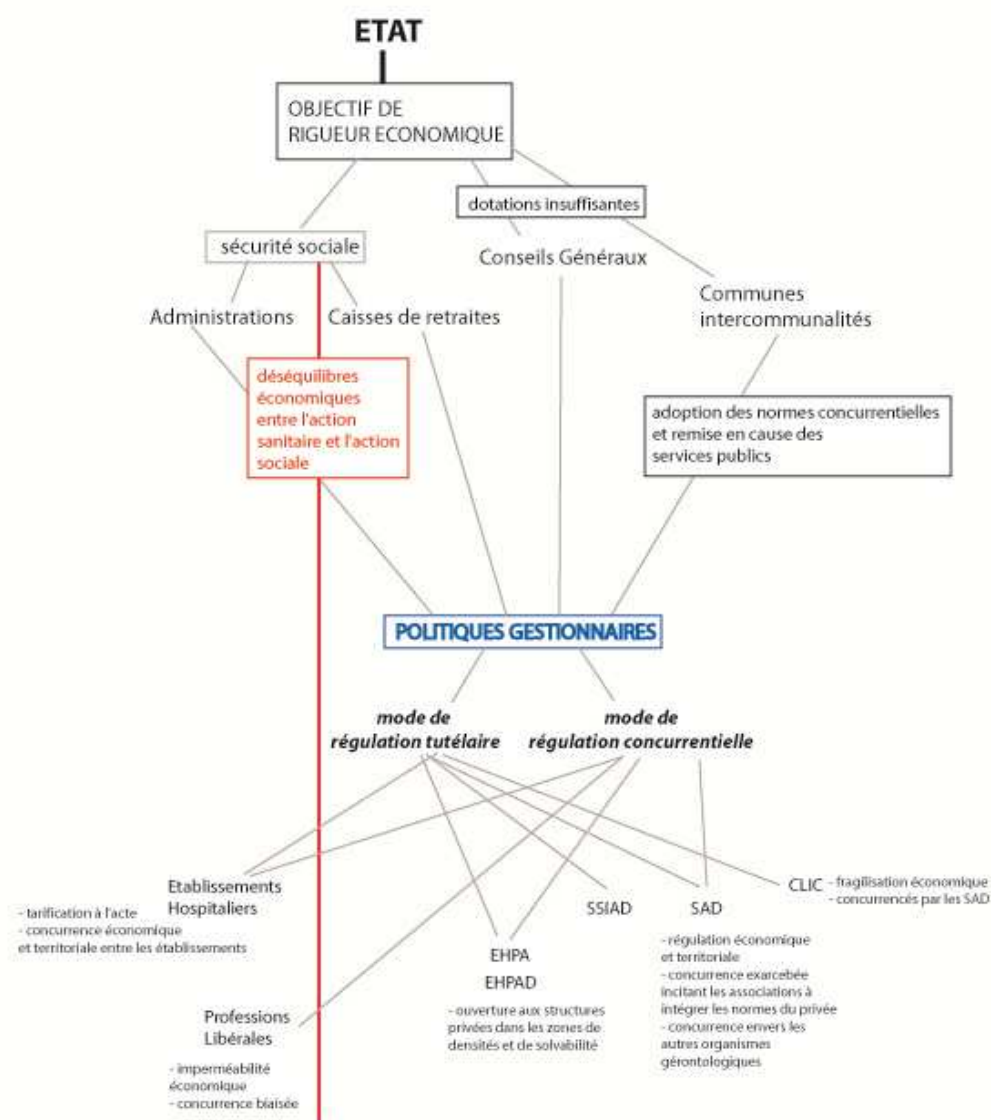
Derrière cette polarisation sectorielle des problématiques et des politiques du grand âge, se trament des rapports de force économiques et symboliques entre les professionnels. Les financements de l'action gérontologique sont déséquilibrés entre les champs sanitaires et sociaux. Sur cette question, il ressort un compromis économique et politique. En effet, les entretiens ont montré une certaine résignation économique et sectorielle de la part des politiques et des acteurs sociaux interrogés. Cette posture s'explique, en dépit de la contestation affichée des Conseils Généraux relative au désengagement économique de l'Etat, à travers un compromis politique entre ces mêmes protagonistes. L'Etat soucieux de se délester des problématiques assistantielles trouve dans les Conseils Généraux des acteurs politiques soucieux de maintenir des marges de manœuvre politiques grâce à la gestion de ces mêmes problématiques assistantielles.

Ainsi, la somme de ces compromis sectoriels et économiques s'est traduite par la propension des financeurs de l'action gérontologique (Etat, Conseils Généraux et caisses de retraites) à adopter et à reproduire les normes du privé et ainsi à organiser la délégation de l'action gérontologique aux structures associatives et lucratives. Cette tendance, qui s'inscrit dans une logique de privatisation des services dans les pays occidentaux¹⁴⁴, est néanmoins différente sur la forme suivant les institutions : si l'Etat, soucieux de développer l'emploi, libéralise et désorganise un secteur pourtant en voie de structuration, les Conseils Généraux

¹⁴⁴ JENNAR R-M., KALAFATIDES L., 2007, *L'AGCS. Quand les Etats abdiquent face aux multinationales*, Paris, Raisons d'agir, p.122.

adoptent une posture plus régulatrice et organisent cette ouverture. Pourtant, au même titre que le développement sectoriel de l'offre de services et d'établissements gérontologiques, cette ouverture participe à la multiplication de l'offre et interroge au final sur l'appropriation sociale et politique des enjeux gérontologiques.

Figure 15 : Conséquences des politiques gestionnaires sur les institutions, les instances et les acteurs gérontologiques



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

PARTIE III – POUR QUELS EQUILIBRES ET DESEQUILIBRES GEOGRAPHIQUES ?

INTRODUCTION

Dans leurs travaux géographiques sur l'économie sociale et solidaire, E. BIOTEAU, G. PIERRE et S. FLEURET (2007) considèrent qu'« *une entrée par l'acteur territorialisé permet d'envisager de multiples dimensions de la co-construction à la fois du territoire et du projet : les intentionnalités, les échelles spatiales et temporelles du projet, l'importance des réseaux de partenariat effectifs, leurs échelles, leurs fréquences, le rôle de la proximité géographique* »¹⁴⁵. Co-production collective¹⁴⁶, le territoire forme le support des partenariats, des oppositions et des subordinations entre les acteurs gérontologiques. L'ambition de ce chapitre consiste à savoir l'influence de la sectorisation et de la dispersion géographique des cadres de l'action sur l'appréhension territoriale de l'action et des problématiques gérontologiques sur les acteurs : l'approche territoriale parvient-elle à supplanter l'approche sectorisée de l'action gérontologique ? Quels sont les effets de la superposition des cadres géographiques de régulation sur les rapports géographiques entre les acteurs ? dans quels jeux interactionnels avec l'Etat et les collectivités locales s'inscrit l'émergence gérontologique des Conseils Généraux ? Après avoir répondu à ces questions, le second chapitre de cette partie s'attachera à montrer les conséquences de ces rapports sur la structuration géographique de l'offre gérontologique sur le territoire. Pour cela nous nous référerons à la méthodologie employée et aux territoires d'observation présentés lors de la seconde partie de ce travail doctoral.

¹⁴⁵ BIOTEAU E., PIERRE G., FLEURET S., 2007, *La co-construction des territoires de l'économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays de la Loire*, Angers, programme ESS-ASDL/DIIESES, p.12.

¹⁴⁶ GUIGOU J-L., 1998, *Produire son propre territoire*, in Territoires, n°384.

CHAPITRE VI – LES ENJEUX TERRITORIAUX DE L’ACTION GERONTOLOGIQUE

1- Le territoire : un révélateur des inaboutissements politiques

L’acte II de la décentralisation a entériné le Conseil Général comme chef de file de l’action gérontologique. Néanmoins, force est néanmoins de tempérer cette position. En effet, la décentralisation de l’action gérontologique a débouché sur des superpositions politiques et géographiques. Le but de cette sous-partie consiste à présenter les complémentarités, les antagonismes et les dispersions qui en découlent.

a- Des outils de planification et de programmation superposés

D’après D. ARGOUD (1998), « *Le choix de privilégier une démarche collective plutôt qu’un résultat technique est stratégique. Il permet d’associer autour d’un projet commun les multiples acteurs gérontologiques que leurs intérêts poussent à agir individuellement. A partir du moment où le schéma devient un instrument politique, c’est-à-dire que les élus se mobilisent sur le projet, ce dernier devient une référence incontournable de l’action publique* »¹⁴⁷. Selon un Conseiller Général du Maine-et-Loire, le schéma gérontologique est un marqueur politique et territorial fort : « Le schéma gérontologique, au même titre que les autres schémas départementaux, est fondamental. En plus de réinterroger le sens de nos actions, de nos politiques, il fixe des caps et nous légitime dans notre démarche. Il est aussi l’occasion de marquer notre savoir-faire sur notre territoire ». Au delà de la coordination, les outils de planification ont pour rôle d’affirmer les compétences politiques de chaque acteur sur son territoire. D’un point de vue méthodologique, les schémas gérontologiques sont l’occasion de réunir autour des questions gérontologiques et de mettre en scène l’action politique. Comme l’affirme le Directeur du service d’action gérontologique de la Mayenne : « Le schéma est un espace de rencontre, un outil de coordination, mais c’est surtout un enjeu de pouvoir. Si le schéma se pose les mauvaises questions, fixe des objectifs irréalistes ou contradictoires, vous apparaissez moins légitimes aux yeux des autres acteurs. En revanche si le schéma est cohérent, cela renforce le pouvoir du Conseil Général sur ses compétences et son

¹⁴⁷ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d’une mutation*, Paris, Eres, p.185.

territoire ». Néanmoins, sur le plan géographique, les schémas gérontologiques s'avèrent limités et doublés. Limités dans la mesure où ils ne tiennent compte que des limites départementales. Le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire retient cette limite, « ont du mal à saisir les interactions géographiques et sociales au niveau des frontières. Par exemple, le Maine-et-Loire a une frontière commune avec 7 départements. Or, on remarque qu'il existe des migrations résidentielles non négligeables, des solidarités importantes qui ne s'arrêtent pas aux frontières inter-départementales (...) Sans non plus tomber dans une politique gérontologique de dimension régionale, il serait important d'intégrer dans nos schémas et actions cette dimension géographique ». Les schémas gérontologiques s'avèrent également doublés comme l'affirme le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, « Il existe en parallèle du schéma gérontologique, des outils de planification et de programmation dépendant de nos champs d'action. Ces plans sont situés à l'échelle nationale ou régionale, c'est le cas du PRIAC, du SROS, des plans « grand âge » du Gouvernement... ».

En parallèle, il existe en effet plusieurs plans et outils de planification et de programmation sanitaires et médico-sociaux. C'est le cas des différents plans nationaux gérontologiques comme les plans Alzheimer, bien vieillir, solidarité grand âge. Ces plans se déclinent à l'échelle des administrations médico-sociales (DDASS) par des orientations budgétaires et territoriales non concertées avec les Conseils Généraux. Mais, surtout c'est l'apparition successive, en 1991 et 2004, des SROS et du PRIAC qui borde les marges de manœuvre politiques et territoriales des Conseils Généraux sur le champ de la vieillesse. Premier décalage : l'établissement à l'échelle régionale de la planification sanitaire. Si, pour le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, la sectorisation des affaires sanitaires et sociales explique la superposition des schémas sanitaires et gérontologiques, « Plus qu'un simple document d'orientation, le schéma est aussi un moyen d'affirmer son pouvoir sur son propre champ et sur son propre territoire. Ils ont beau chacun faire la promotion de l'articulation entre le sanitaire et le social, il n'en est rien puisqu'il n'existe pas de schéma transversal qui fixe des objectifs communs sur des territoires communs » ; l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux estime que le positionnement du PRIAC et du SROS à l'échelle régionale s'apparente à une tutelle géographique : « Le positionnement de l'ARS à l'échelle régionale n'est pas hasardeux. Il repose sur plusieurs principes. Un principe budgétaire qui stipule qu'il est plus économique de financer 22 agences régionales qu'une centaine d'agences départementales. Un second principe politique et sectoriel qui ne veut pas mélanger le sanitaire et le social sous peine de voir les compétences et les pouvoirs des collectivités locales augmenter. Et un troisième principe territorial qui fait de l'échelle régionale, une échelle d'encadrement et de contrôle des compétences départementales. Le tout s'inscrit dans un mouvement de reconcentration des pouvoirs. C'est le principe même de l'ARS ! »

Dans le prolongement, la création du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), marque la volonté de contrôler et d'encadrer à l'échelle régionale les schémas gérontologiques départementaux. Selon l'Inspecteur aux affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé de la tarification médico-sociale, sa création s'inscrit dans une volonté gouvernementale de contrôler les compétences et les dépenses des Conseils Généraux : « Le PRIAC est un bon outil pour nous mais également pour les autres ; sauf que ce travail, le Conseil Général le fait déjà avec nous dans le cadre de son schéma gérontologique auquel nous participons activement.(...) Le PRIAC est un moyen d'affirmation, c'est un peu comme les plans. On montre les muscles pour dire que le gouvernement fait beaucoup pour les personnes âgées. Sachant que pas mal de Conseils Généraux sont à gauche, c'est aussi important pour le gouvernement d'être en contre-pouvoir... ». Constat que partagent un Conseiller Général Vendéen : « L'administration n'a pas le même savoir-faire ni la même pérennité administrative et professionnelle que nous, donc de leur point de vue le PRIAC a le sens d'un document d'orientation interne. Néanmoins, ce document n'a pas que cette fonction, il est aussi là pour rappeler que l'Etat a sa part dans la concrétisation des politiques médico-sociales » et un Conseiller Général de la Loire-Atlantique, pour qui le PRIAC s'inscrit dans un jeu de pouvoir entre l'Etat et les départements, « Si on se place du côté de l'Etat et des administrations, le PRIAC est un outil d'affirmation politique et géographique : d'une part, parce qu'il englobe et soumet les départements à une logique de péréquation et, d'autre part, parce qu'il affirme le maillage régional administratif face au maillage départemental sur le champ médico-social ».

b- Un partage des décisions sur fond de rivalité entre Etat et collectivités locales

Selon G. LEROUVILLOIS et P. VINCLET (2002), le milieu des années 1990 et la création des ARH marquent la volonté de l'Etat de reprendre en main ses compétences sur le champ sanitaire : « *La déconcentration a été pensée comme le moyen par l'Etat d'accroître sa mainmise du système. (..) La création de l'ARH en 1996 traduit la volonté politique de mettre en place une administration spécialisée ayant une mission clairement établie de contrôle des dépenses, de pilotage ferme du système d'offre de soins hospitalier et de garantie de qualité* »¹⁴⁸. De fait, selon J-L. DENIS et A. VALETTE (1998), « *Cette création des ARH traduit une double logique de déconcentration des pouvoirs de régulation et de*

¹⁴⁸ LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002, *Les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de Basse-Normandie*, Caen, La Santé, les Soins, le Territoire. Penser le bien-être, sous la Direction de FLEURET S., SECHET R., p.56-57.

recentralisation du pilotage de l'offre de soins par l'Etat »¹⁴⁹. A aucun moment, le secteur sanitaire, pourtant fortement impacté par le vieillissement de la population, n'opère comme le confirme S. FLEURET¹⁵⁰ une jonction décisionnelle en direction des collectivités locales. Cette absence de lien alimente un éclatement géographique et institutionnel des politiques gérontologiques. De l'aveu du Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, la gestion des affaires sanitaires s'opère au niveau de l'Etat : « La gestion des activités sanitaires est le plus souvent dominée par des enjeux économiques dans lesquels le Ministère souhaite réaliser des économies face à des demandes des collectivités territoriales et des corporations de plus en plus fortes ».

Les activités médico-sociales sont sous la co-tutelle des administrations et des Conseils Généraux. Elles sont soumises à une régulation concertée à travers le **CROSMS**. Les Conseils Régionaux d'Organisation Social et Médico-Social, **CROSMS**, ont pour but de réguler l'offre médico-sociale et sociale à l'échelle régionale. Subdivisés en plusieurs « collèges », les CROSMS s'attachent à opérer une simplification administrative des ouvertures ou des extensions des établissements médico-sociaux et sociaux. Elargis en 2004, ils sont composés des organisations de Santé, des caisses de retraites, des Conseils Généraux, des syndicats, des représentants d'usagers, des représentants des établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités territoriales... Les CROSMS autorisent ou non tout type de projet médico-social ou social. Sans la validation par les CROSMS, la réalisation d'un nouvel établissement ou son extension ne peut être suivie de financement. De l'avis de tous les Conseils Généraux interrogés, même s'il multiplie les procédures, le CROSMS régional présente l'intérêt de réguler l'offre sur le territoire avec les partenaires gérontologiques. Pour le Directeur du service d'action gérontologique de la Vendée, « Même si chacun joue un peu sa carte, les CROSMS ont le mérite de mettre les choses à plat et en cas de conflits de les mettre à jour. Entre les départements et les financeurs, le CROSMS a profondément été utile. Il a mis en place des accords tacites entre les départements dans la gestion économique des établissements médico-sociaux ». Le Directeur du service d'action sociale de la MSA Vendée estime à ce sujet « que le CROSMS nous permet de bien voir ce qui se fait pour les personnes âgées, d'éviter toute dérive lucrative et nous offre à nous la possibilité de négocier des projets d'établissements comme les MARPA avec le Conseil Général ». Néanmoins, selon le Directeur Départemental de l'ADMR Vendée, « si les Conseils Généraux sont si contents des CROSMS, c'est parce qu'au final leur rôle d'autorité tarifaire n'est pas bousculée. Je crois que la compétence se situe là. Les CROSMS

¹⁴⁹ DENIS J-L., VALETTE A., 1998, *Devenir acteur régional de régulation*, Paris, Convention MIRE, p.134.

¹⁵⁰ FLEURET S., 2000, *Espaces hospitaliers, autour de l'exemple angevin. Essai d'une hospitalographie*, Thèse de doctorat en géographie, université d'Angers, 488 pages + annexes.

ont le mérite de bien répartir, de négocier l'offre, mais même avec une autorisation du CROSMS vous ne pouvez pas fonctionner sans financement du Conseil Général ou bien de la DDASS ».

Au-delà de cet organe consultatif et régulateur (qui a disparu en 2010 pour laisser place à une logique d'appel d'offre), les institutions et les instances gérontologiques demeurent imbriquées les unes aux autres : les cas les plus épineux restent la gestion de l'APA et l'aide à la création ou l'extension d'établissements en faveur des personnes âgées. D'après l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux, cette co-gestion constitue un garde-fou politique et territorial (avis partagé par l'ensemble des DDASS interrogées) : « Imaginez, les Conseils Généraux ont tous les pouvoirs. Chaque politique serait différente l'une de l'autre et on se retrouverait avec des départements pilotes en la matière et d'autres à la traîne parce qu'ils auront investis dans d'autres secteurs. Les programmations de l'Etat ont pour but de pérenniser l'offre, mais aussi d'assurer sa bonne répartition et la bonne utilisation des financements ». Situation tolérée lors des entretiens (8/11) par les services et les élus des Conseils Généraux, à l'instar du Directeur du service d'action gérontologique de la Mayenne : « Avec la dépendance, nous sommes sur des financements croisés. Donc c'est plus déontologique de partager cette mission avec les caisses de retraites ou avec les administrations. Ca favorise le dialogue et ça permet de ne jamais perdre l'avis des usagers et des citoyens ».

Néanmoins selon le Directeur du service d'action gérontologique de la Vendée, cette co-gestion bride selon lui les initiatives gérontologiques de son service : « Si nous étions les seuls pilotes en la matière, ça serait néanmoins plus simple. Nous sommes sans arrêt obligés de composer avec les autres financeurs et ce n'est pas toujours évident. De plus l'administration, ne va pas aussi vite qu'on le souhaiterait ». Cette co-gestion révèle des enjeux politiques et géographiques antagonistes entre les Conseils Généraux et les services de l'Etat, notamment sur les questions des établissements médicalisés et des services à la personne (6/11). Le Chargé de mission relatif aux services à la personne de la DRETFP Pays de la Loire estime que, « Les DDTEFP ont pour consigne d'ouvrir les vannes en matière d'agrément simple. L'Etat a besoin de lutter contre le chômage donc toutes les occasions sont bonnes à prendre. Dans ce cadre, les Conseils Généraux, parfois plus que solidaires des fédérations d'aide à domicile, nous reprochent d'ouvrir le robinet ». A ce sujet, H. NOGUES (2009) y voit le retour de l'Etat-Providence sous un mode dérégulé¹⁵¹.

Sur le champ de l'APA et de l'action sociale, le récent partage des compétences entre les Conseils Généraux et les caisses de retraites laisse encore des traces. Sur le territoire

¹⁵¹ NOGUES H., 2009, *Les services d'aide à domicile aux personnes âgées. De la démarchandisation à un nouveau marché-providence*, in Ressources solidaires, p.4.

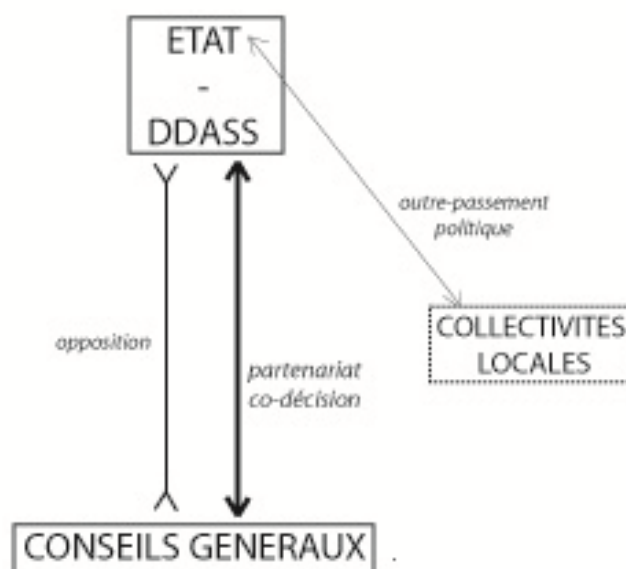
régional, la co-gestion de l'APA est inégale suivant les Conseils Généraux et met en évidence des différences politiques et économiques. Sur les quatre Conseils Généraux interrogés, seuls la Vendée et le Maine-et-Loire partagent et coordonnent l'évaluation puis le financement de l'APA avec les caisses de retraites. Avec les autres Conseils Généraux, ce partage de compétences est le témoin de conflits politiques et économiques comme le souligne le Directeur du service d'action gérontologique de la Loire-Atlantique qui estime que, « En plus de se désengager économiquement, la CRAM pousse les GIR 5 chez nous. (...) Avant ils géraient tout, donc depuis l'affirmation des compétences des Conseils Généraux, ils se désengagent du financement des CLIC, de l'APA... ». Aux interrogations sur les conflits entre les caisses de retraites et les deux Conseils Généraux en question, le Directeur de l'Action Gérontologique de la CRAM Pays de la Loire explique que les conflits masquent des enjeux politiques : « Nous passons conventions avec différents Conseil Généraux sur l'évaluation des GIR 5 et 6. Ca ne marche pas avec tous pour des raisons d'hégémonie politique ».

En dernier lieu, la co-gestion des politiques médico-sociales et sociales se traduit par un outre-passement du partenaire politique en fonction des intérêts locaux (3/11). Selon l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé de la tarification médico-sociale, « Le financement des SSIAD ou bien le financement des EHPAD est soumis à deux modalités d'application issues d'un travail commun avec le Conseil Général ou bien issues d'un arbitrage politique entre le Conseil Général et le Ministre. On a parfois le matin des circulaires qui nous ordonnent d'ouvrir des lits ici ou ailleurs ».

Au final, il ressort des 11 entretiens trois types de rapports relatifs à la co-gestion des affaires gérontologiques:

- un rapport de partenariat, de co-décision quand les deux décideurs s'accordent sur les priorités (8/11).
- un rapport d'ingérence de l'Etat en porte-à-faux avec les priorités émises par le Conseil Général (5/11).
- un rapport d'outre-passement où le Conseil Général et la DDASS ne sont le relais que de élus locaux puissants et influents (3/11).

Figure 16 : Rapports politiques entre les décideurs gérontologiques



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

On assiste à des planifications et à des processus de décision dispersés et superposés. Les institutions gérontologiques interrogées reconnaissent toutes ces déséquilibres et s'interrogent sur les pratiques de l'Etat. En effet, l'Etat garde au final un pouvoir d'action important à l'échelle locale, et ce, exclusivement sous un registre économique. Tel un vieux serpent de mer, cette mainmise fait ressortir une vision jacobine du pouvoir et fait apparaître quelques difficultés de mise en œuvre comme le résume O. DAVID (2007), « *Les incohérences engendrées par des politiques descendantes, sur des champs de prérogatives cloisonnés sont difficiles à dépasser. La complexité des découpages institutionnels et des modes de gestion administratifs rend délicate la concertation des acteurs. Cette situation crée de réels obstacles à la définition de politiques territoriales cohérentes* »¹⁵². Selon l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé de la tarification médico-sociale, « il ne faut pas oublier la place incontournable de l'Etat dans l'élaboration, le façonnement des cadres d'actions. C'est à l'Assemblée Nationale et au Sénat que cette structure, que ces modes de gouvernance se jouent. Si on creuse bien, il ne faut pas oublier les liens de dépendance législative entre l'Etat

¹⁵² DAVID O., 2007, *Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe*, Rennes, RODIER R., ROUYER A., SECHET R., *Territoires en action et dans l'action*, Presses Universitaires de Rennes, p.272.

et les Conseils Généraux. Ce sont les seconds qui sont à la merci des premiers et pas l'inverse ». A l'évocation avec les élus et les services gérontologiques des Conseils Généraux de la création de l'ARS (qui fusionne au sein de services déconcentrés les compétences hospitalières, médicales, médico-sociales et sociales), la majorité des entretiens révèle une méfiance. Le Conseiller Général de Loire-Atlantique résume ce sentiment, « Que ce soit avec le Ministère ou bien l'ARS, l'Etat garde un pouvoir incroyable sur l'action gérontologique. Ça peut se traduire positivement avec les plans ou bien négativement à travers une ingérence sur le champ des services à la personne, une gestion rigide des financements médico-sociaux, une polarisation des enjeux sur les questions hospitalières et un rôle de barrage en fonction de la couleur politique... ».

c- Une reproduction politico-territoriale descendante et verticale

Les compétences sectorisées et superposées des institutions et des instances gérontologiques (Conseils Généraux, caisses de retraites et administrations) révèlent à la fois des antagonismes mais aussi des complémentarités politiques et géographiques. Plus largement, ces compétences adoptent une posture verticale et descendante. Les institutions gérontologiques organisées à l'échelle régionale et départementale reproduisent cette verticalité, verticalité qui se révèle rigide.

L'immense majorité des acteurs locaux s'estime à la merci des processus de planification, de programmation et de décision situés à l'échelon supérieur. L'un des principes de la construction territoriale de la France repose sur cette logique territoriale descendante : à savoir une déclinaison territoriale hiérarchique et stratifiée des prérogatives politiques. Les entretiens révèlent à ce sujet les distances qui les séparent des décideurs. Tout d'abord, cette double distance géographique et politique existe entre les institutions et instances gérontologiques et Paris où se situent les Ministères ou la CNSA. Sur les 11 institutions gérontologiques interrogées, 8 font directement référence à cette échelle de décision. Différents Directeurs d'institutions résument la nature ascendante des rapports géographiques qu'ils entretiennent avec leur tutelle. Pour l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, « Nos marges de manœuvre dépendent du bon vouloir de Paris. L'ARS est un bon exemple, on nous dit de nous organiser à l'échelle régionale avec l'administration hospitalière. (...) Il n'y a pas de négociation à ce niveau là, juste des

technocrates qui dessinent des cartes et disent que ça serait mieux de faire ci ou ça sans prendre en compte les difficultés du terrain ». Selon le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général du Maine-et-Loire, « Notre schéma, nos marges de manœuvre économiques, décisionnelles sont contrôlées, régulées par l'Etat. En ce sens, on peut dire qu'il exerce un rôle de régulateur des politiques gérontologiques par la tutelle administrative et territoriale qu'il mobilise ». D'après le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, « Effectivement, vos questions (relatives à la pérennité du processus de décentralisation) sur l'ARS sont justes mais n'oubliez pas qui finance quoi. Les Ministères ainsi que les administrations parisiennes sont puissantes et ont pour objectif de gagner la partie. Car la partie est la suivante : on a territorialisé énormément. Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens d'opérer sur ce registre territorial. Donc économiquement soit on décentralise et on assume, soit on recentralise et c'est ce qui se passe ». Enfin selon le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire, « Les politiques sanitaires et sociales sont en mode gestionnaire. Géographiquement, c'est très palpable étant donné que les impératifs budgétaires imposent aux financeurs un plus grand contrôle des dépenses à l'échelle qui administre ».

Dans le même temps, forts de leurs marges de manœuvre politique, économique et territoriale, les institutions et les instances gérontologiques reproduisent ces mécanismes géographiques et décisionnels. Selon l'IGAS, malgré le mouvement décentralisateur, les départements ont conservé un système hiérarchique et pyramidal¹⁵³. En effet, au-delà des entretiens, la lecture géographique des compétences, des politiques des institutions et des instances gérontologiques montre une volonté de réguler, par le haut, l'offre et les activités gérontologiques. Les arbitrages des politiques de la vieillesse s'établissent à l'échelle départementale ou régionale. Par leurs positions politiques, économiques et géographiques, les institutions et les instances gérontologiques envisagent leurs rapports au local sous 4 modalités (enchevêtrées) qui marquent une reproduction verticale, *top-down*, du haut vers le bas, de leurs politiques :

- un rôle de **régulateur** pour l'ensemble des Conseils Généraux et des DDASS interrogées, qui consiste territorialement à équilibrer et pérenniser l'offre sur le territoire. Ce rôle de régulateur de l'offre médico-sociale et sociale à destination des personnes âgées se cristallise à travers les schémas et les programmes comme l'explique un Conseiller Général de Loire-Atlantique, « Le schéma est l'occasion de voir les inégalités territoriales sur les maisons de retraites, les services d'aide à domicile, la mobilité des personnes âgées. Ce schéma est pour quelques

¹⁵³ IGAS, 2002, *Politiques sociales de l'Etat et territoires*, Rapport annuel 2002, Paris, la Documentation Française.

années notre ligne de conduite à adopter par nos services et à accepter par les acteurs locaux, communes et intercommunalités comprises (...) Il est notre premier outil de régulation territoriale de l'offre ».

- un rôle **d'évaluateur et de contrôleur** de l'offre et de l'action gérontologique, quelque soit le secteur d'intervention. En effet, l'élaboration des schémas, l'évaluation de l'APA, le rôle d'inspection des administrations confèrent à ces institutions un rôle d'évaluation et de contrôle de l'action gérontologique. Pour le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général de la Mayenne, ce rôle est complémentaire du rôle de régulateur territorial : « L'évaluation et le contrôle ne sont pas des atteintes à la liberté des acteurs gérontologiques. Au contraire, je dirai qu'ils sont géographiquement là pour resituer les missions d'untel et d'untel et de veiller à ce que les compétences et les territoires soient respectés entre chaque partie ».
- enfin un rôle **de coordonnateur**. Ce rôle dévolu à l'ARH et aux Conseils Généraux consiste à optimiser l'action gérontologique locale à travers la constitution d'instances territoriales consultatives ou bien de réseaux. Selon le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire « traduit la volonté de négocier à l'échelle locale la répartition et les modalités de l'offre ».

Marquées par un assujettissement politico-territorial, les institutions et les instances gérontologiques dupliquent la posture verticale auxquelles elles sont assujetties. Avant de voir quelles sont les stratégies et les conséquences qui en découlent, nous allons voir que ces institutions se sont posées la question du territoire comme support d'action.

2- Pour quelle territorialisation des institutions et des instances gérontologiques ?

La territorialisation passe par la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de développement qui permet d'adapter les politiques sectorielles aux contraintes locales. Elle a un impact sur les processus décisionnels et sur l'organisation des services administratifs. Avant d'évaluer son inscription locale et ses conséquences sur le champ gérontologique, nous allons en présenter les fondements à l'échelle régionale.

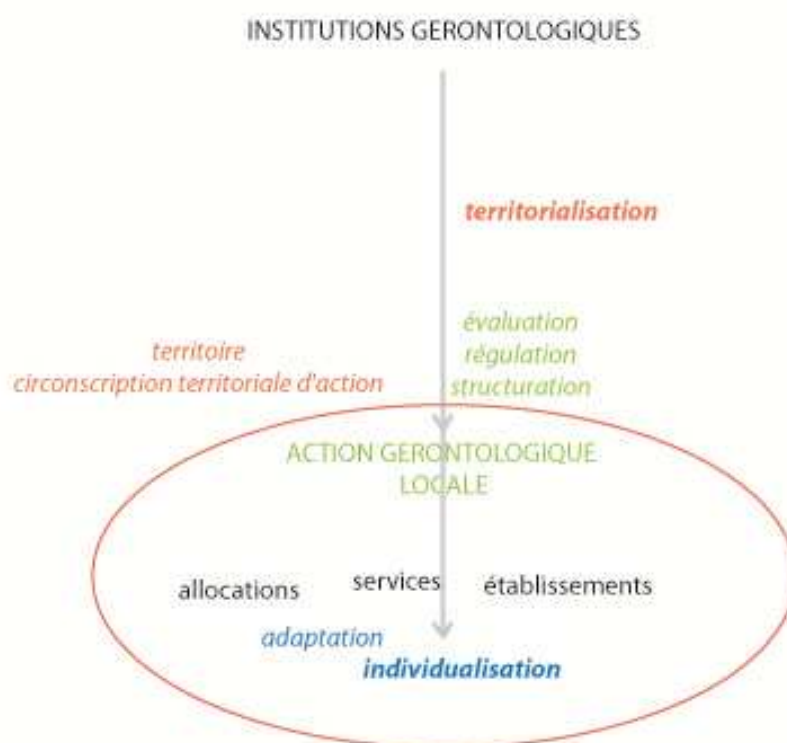
a- Territorialiser, un impératif

Selon G. LEROUVILLOIS et P. VINCLET (2002), dans les années 1990 les activités hospitalières sont passées « *d'une logique d'équipements à une logique de réponses aux besoins* »¹⁵⁴. Le territoire devient dès lors le support de ces mutations : n'étant plus possible économiquement d'assurer les mêmes services partout, l'offre hospitalière s'est progressivement spécialisée et hiérarchisée sur le territoire¹⁵⁵. Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, explique que le découpage de l'ARH en 15 territoires de santé fait suite «   la volonté de l'Etat de structurer localement l'offre hospitalière. Suivant un schéma type, CHU-CH-HL, le but est de spécialiser les établissements de tailles moyennes et de fusionner les établissements de petites tailles. Les territoires de santé correspondent à une volonté d'administrer, de structurer l'offre, de la hiérarchiser aussi, mais correspond également à une volonté de rationaliser économiquement l'offre ». Selon le Directeur du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Cholet, le maillage territorial de l'action hospitalière correspond surtout à la volonté de réaffirmer le pouvoir local de l'Etat à travers les activités hospitalières : « Les territoires de Santé ont pour but d'administrer, de faire des économies mais aussi de réaffirmer le pouvoir de l'administration et de l'Etat face à des établissements et des collectivités de dimensions très importantes ».

¹⁵⁴ LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002, *Les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de Basse-Normandie*, Caen, La Santé, les Soins, le Territoire. Penser le bien-être, sous la Direction de FLEURET S., SECHET R., p.56-57.

¹⁵⁵ VIGNERON E., 1999, *Les bassins de santé. Conception et construction*, Paris, in actualité et dossier en Santé publique, n 29, p.38-43.

Figure 17 : Processus de territorialisation des institutions gérontologiques



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Selon T. FRINAULT (2005), la mise en place de l'APA s'est traduite par la nécessité d'adapter l'offre aux besoins des individus : « *L'enjeu de l'allocation dépendance souligne le caractère obsolète d'une approche par risque sociaux. Il ne s'agit pas seulement de compenser financièrement un risque social mais également de structurer et de re-structurer une offre d'aide. Ainsi la réforme s'est elle accompagnée d'un nouveau rapport social d'usage et d'une nouvelle forme d'organisation structurée autour de la notion de gestion par cas* »¹⁵⁶. Ainsi, l'individualisation de l'action gérontologique a eu pour conséquence de faire apparaître de nouvelles formes d'action. Face à l'accroissement de pouvoir que constitue l'APA, les Conseils Généraux se sont vite investis sur l'évaluation et le contrôle de l'offre de prestations, de services et d'établissements. Afin de mieux manier leurs compétences gérontologiques, les Conseils Généraux ont aboli la distance qui les séparait de l'offre et des

¹⁵⁶ FRINAULT T., 2005, *Du ressortissant bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine de la vieillesse*, Rennes, in *Politiques et management public*, n°2, p.57.

besoins locaux. Selon les entretiens, les Conseils Généraux ont utilisé la territorialisation à des fins sociales, politiques et géographiques : sociales en répondant aux besoins, politiques en réaffirmant ces compétences aux yeux des autres institutions et géographiques en étant capables d'agir à l'échelle locale. Ce sont les objectifs qui transparaissent des témoignages du Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire et du Conseiller Général de Loire-Atlantique interrogés : « Nous sommes identifiés par la population. Mais depuis peu, nos prestations et nos réponses (notamment l'ADAPA) s'individualisent et touchent de plus en plus de monde. On ne pouvait pas rester sur Angers et traiter nos dossiers de manière aléatoire. En plus de cela nos équipes et nos partenaires locaux se sont étoffés et multipliés, dans ce sens le territoire est un enjeu politique ». et « Nous ne nous adressons pas de la même manière aux gens (...) Notre action repose sur la proximité, nous souhaitons être proches des gens et des acteurs de terrain. Cela nous crédibilise et nous renforce politiquement. Nous avons instauré un maillage permettant une meilleure accessibilité mais aussi une meilleure couverture professionnelle du territoire ». Egalement décisionnaires et financeurs locaux de l'action gérontologique, les caisses de retraites se sont territorialisées mais dans une moindre mesure comme l'explique le Directeur du service d'action sociale de la MSA de la Vendée : « Nos services étaient localisés dans les Préfectures et sous-Préfectures. Tout le monde n'avait pas facilement accès à nos services. En parallèle, en tant qu'acteur social nous ne pouvons être distants du local, échelle où l'action sociale se réalise ».

Les administrations médico-sociales (DDASS) n'ont pas suivi le mouvement de territorialisation : selon les témoignages, le mouvement de territorialisation au sein des administrations s'est limité à une adaptation aux maillages préfectoraux et cantonaux. En effet, d'après les Inspecteurs aux affaires sanitaires et sociales des DDASS de la Vendée et de la Loire-Atlantique chargés des établissements médico-sociaux : « Sur la question des personnes âgées, territorialiser notre action ne me paraît pas pertinent étant donné que nous traitons davantage avec les responsables gérontologiques et moins avec les usagers » et « Nous travaillons à l'échelle départementale et vu notre mission gérontologique, nous n'avons pas le besoin de territorialiser notre action, elle l'est déjà. Il faut être réaliste, descendre à une autre échelle n'a pas grand sens pour nous ».

Dans un contexte d'individualisation et de rentabilisation de l'action gérontologique, les institutions et les instances localisées aux échelles régionales ou départementales se sont appuyées sur le territoire pour faire face à ces mutations. Cependant, il serait illusoire de croire que le désir d'adapter l'offre aux besoins locaux en soit le seul aboutissement. Les entretiens révèlent que le territoire est également le support d'enjeux politiques (parfois contradictoires).

b- Les cadres territoriaux de l'action gérontologique : entre antagonismes et compromis

Contrairement à l'échelle départementale héritée de la révolution, **l'échelle régionale** est récente et a été récemment investie par les institutions gérontologiques comme l'ARH, la DRASS et la CRAM. Ces trois entités sont sous la tutelle de l'Etat. Selon l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, cette tutelle de l'Etat est incontournable et traduit une double volonté de contrôle politique et territorial : « L'ARH, la DRASS et même la CRAM ont des compétences récentes si on revient dans le temps. Les départements, que ce soit avec les DDASS, les Préfectures et les Conseils Généraux sont inscrits depuis plus longtemps sur le territoire. Ce n'est pas le cas de la Région où la DRASS a surtout eu une fonction de coordination et s'est rapidement vu concurrenc e par l'ARH. C'est la raison pour laquelle, en ajustant certaines administrations et agences à l'échelle régionale on a voulu réaffirmer cet échelon, lui donner de la légitimité. (...) Mais surtout, la Région a peu de compétences sociales, ce sont les Conseils Généraux. Je pense que la montée en puissance des Conseils Généraux sur les champs médicaux sociaux et sociaux a contrarié une partie de l'administration et une partie du secteur sanitaire. La région plus vaste représente à mon avis une occasion idéale de réaffirmer le pouvoir de l'Etat et d'enfoncer le clou au niveau sanitaire. (..) Ce n'est au final pas un hasard si les CROSMS sont régionaux et non départementaux... ». Volonté de l'Etat de contrôler la montée en puissance des Conseils Généraux que confirme le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire : « Oui, en effet, il y a eu une volonté claire de l'Etat d'organiser le secteur hospitalier à l'échelle régionale parce que cette échelle était plus adaptée mais aussi parce qu'elle permettait de réaffirmer le poids de l'Etat dans le secteur en englobant les départements ». Pour le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire, le choix Régional de la CRAM se base sur un héritage plus que sur un choix : « Pourquoi la CRAM travaille-t-elle   l'échelle régionale ? Après-guerre la sécurité s'est organisée à l'échelle départementale et régionale. (...) Par la suite les DDASS sont arrivées en 1964 et du fait de nos compétences communes, cela a consolidé notre ancrage territorial ». Le positionnement à l'échelle régionale de plusieurs institutions sanitaires et sociales, est perçu pour les Conseils Généraux comme une volonté de l'Etat d'atténuer l'autonomie politique des Conseils Généraux (4/4), posture que résume un Conseiller Général Vendéen : « Ils se servent du maillage régional pour nous cadrer. C'est simple, les élus et les techniciens locaux s'activent pas mal sur le champ social et des personnes âgées. Politiquement, il faut que cela reste local et qu'il y ait un minimum de cohérence entre les départements. C'est pour cela que le CROSMS, la DRASS ou bien la DRETFP travaillent aussi à l'échelle régionale. Ca permet à l'Etat de remplir ses contrôles ».

Les DDASS, les Conseils Généraux et les caisses de retraites sont organisés à l'échelle départementale. Selon l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-

Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, le choix du département comme maillon référence de l'action gérontologique relève à la fois d'un héritage et d'un choix territorial : « Par son antériorité et son histoire, le département présente plus de garanties, de savoir-faire, d'identification que la Région. Pour cela, la décentralisation a avant tout profité aux départements étant donné qu'ils étaient en place depuis un moment(...). Le choix du département n'est pas hasardeux, d'un point de vue spatio-temporel, c'est celui qui présentait les meilleures dispositions géographiques. Maintenant c'est un peu le moins le cas ». Un Conseiller Général du Maine-et-Loire y voit davantage une construction politique : « Les départements ont été créés à la révolution, et pendant presque deux siècles la France a été administrée à cette échelle. Cela pèse énormément sur la construction des politiques locales, dans lesquelles les départements ont eu une place à part. Déjà organisés, s'appuyant sur des réseaux, les départements ont pu ainsi faire valoir des compétences lors des politiques de décentralisation et lors des débats parlementaires ».

La superposition des cadres territoriaux cristallise la volonté de baliser les compétences départementales sur le plan sectoriel et territorial. En effet, selon 3 des 4 Conseils Généraux interrogés, bien que leurs pouvoirs gérontologiques se soient renforcés ces dernières années, force est de constater qu'ils demeurent solidaires des mécanismes de régulation économique et sectorielle des administrations sanitaires situées à l'échelle régionale. De fait, pour un Conseiller Général Vendéen, les rapports entre les cadres géographiques de l'action gérontologique sont révélateurs des rapports de force entre les secteurs sanitaires et sociaux : « Il y a des ponts qui auraient pu être créés mais maintenant c'est trop tard, chacun est isolé et travaille à son échelle ». Il est rejoint par le Directeur du service d'action gérontologique du Conseil Général de la Mayenne qui pense que, « Le département gère les affaires médico-sociales et sociales et au-dessus, il y a la CRAM, la DRASS et l'ARH qui gèrent les affaires sanitaires comme si le positionnement à l'échelle régionale était une manière de mettre sous tutelle le social et nos compétences ». Affirmation que réfute l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux, « Non, je ne pense pas qu'il y ait tutelle sectorielle. Je crois que le département a de plus en plus de compétences, qu'il a été consacré comme maillage d'action de l'action gérontologique comme la Région, pour des raisons économiques et géographiques, qui s'imposent sur le plan sanitaire ».

En parallèle, les Conseils Généraux ne confèrent pas à leurs politiques gérontologiques une dimension régionale : les migrations de retraités, les disparités d'offre aux frontières départementales sont autant de motifs valables à l'établissement d'une concertation politique entre les départements. Comme l'indique le Directeur du service d'Action Gérontologique du Conseil Général du Maine-et-Loire, les Conseils Généraux sont en contact les uns avec les

autres sur les questions de financement des établissements médico-sociaux : « Oui, je connais mes collègues des départements voisins, mais franchement on ne peut pas dire qu'il existe quelque forme de coopération ou de coordination que ce soit. On s'échange à la rigueur des méthodes, des réflexions, mais cela ne va pas plus loin. En revanche nos services sont plus en contact surtout concernant les questions d'APA en établissement et d'implantation d'EHPAD. Cela reste très limité ». Selon le Directeur du service d'Action Gériatrique du Conseil Général de la Loire-Atlantique, seuls les CROSMS sont le lieu d'échanges entre les Conseils Généraux : « Il n'y a que le CROSMS qui soit un outil de régulation régional et qui coordonne un peu ce qui se passe. Mais, faut pas être hypocrite non plus, les objectifs et les financements ne valent qu'à l'échelle départementale ». Pour l'ensemble des Conseils Généraux interrogés, ces formes de contacts sont valides mais ne suffisent pas à établir une coordination à l'échelle régionale, réalité que déplore les administrations comme l'affirme l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux : « C'est dommage que les Conseils Généraux voient la Région comme un concurrent car à mon avis, cela permettrait de pérenniser, d'établir des péréquations territoriales dans l'action gériatrique, chose peu intégrée à l'heure actuelle ».

Consacrés chefs de file de l'action gériatrique, les Conseils Généraux ont développé de manière autonomes leurs compétences gériatriques et ont en fait, un objet politique propre. Déplorant le renforcement de l'Etat sur le champ sanitaire et des services à la personne, les Conseils Généraux campent sur leurs marges de manœuvre politiques et ne formulent pas de réponses ou d'outils interdépartementaux susceptibles d'organiser une force politique conséquente. Selon, un Conseiller Général (anonyme), ce positionnement ambiguë s'explique à travers les clivages politiques et selon la raréfaction des ressources économiques : « Vous voulez refaire le monde, c'est bien. Mais il ne faut pas non plus aller au-delà de nos capacités économiques. C'est un peu David contre Goliath. Même si l'Etat veut se re-positionner à l'échelle régionale, on ne va pas se rebeller contre. Nos revendications révèlent une posture de conséquence. Rappelez-vous que la décentralisation n'a rien de naturel en France ! Ce n'est déjà pas mal d'avoir tant de compétences pour les départements ! Donc même si vous avez raison (rapport entre le social et le sanitaire déséquilibré), dites-vous bien qu'on s'accommode très bien de ces déséquilibres. Nos compétences sont suffisantes pour, que nous, élus, puissions exister politiquement ».

c- Des maillages et des déconcentrations hétérogènes

Sur le champ sanitaire, l'ARH subdivise la Région en 7 territoires de Santé. Structurés en fonction de la répartition des CHU et des CH, les territoires de Santé ne tiennent pas compte des limites départementales. En effet, pas moins de 4 des 7 territoires de Santé sont à cheval sur deux départements. Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire explique ce maillage par un choix méthodologique de privilégier les bassins de vie plutôt que les équipements et les découpages politico-administratifs déjà en place : « Les territoires de Santé ont une approche purement géographique centrés sur les besoins des populations. On s'est attaché à l'ARH à réaliser les découpages suivant les chalandises des établissements et suivant des critères géographiques structurants ». En lien direct avec les Préfectures et les Conseils Généraux, l'ensemble des administrations s'appuie sur les maillages préfectoraux et cantonaux. C'est ce qu'explique l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Vendée chargé des établissements médico-sociaux, « Nous sommes le maillon entre l'Etat et les Conseils Généraux. Pour vous dire, nos évaluations, nos contrôles, nos statistiques suivent deux maillages : les maillages préfectoraux car c'est plus clair pour les Préfets et les maillages cantonaux pour éviter tout malentendu avec les Conseils Généraux ».

Les caisses de retraites et les Conseils Généraux sont organisés en circonscription d'action au centre desquelles sont implantées ou non des antennes d'action. Sur les huit institutions gérontologiques interrogées (4 caisses de retraites et 4 Conseils Généraux), le maillage tient compte de critères géographiques, démographiques et politico-administratifs. Dans le but affiché de s'adapter à la demande et aux besoins, les maillages respectent les limites départementales et sont alignés, à l'échelle infra-départementale, sur celui des cantons ou des intercommunalités. Les Conseils Généraux n'utilisent pas tous de la même manière les maillages pour territorialiser leurs actions. Le Conseil Général de la Vendée s'appuie toujours sur le canton tandis que les Conseils Généraux de Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de la Mayenne s'alignent sur les maillages intercommunaux. Les maillages s'adaptent essentiellement à la morphologie démographique. Les intercommunalités urbaines constituent une seule circonscription tandis que ces mêmes circonscriptions englobent plusieurs intercommunalités ou cantons sur le reste du territoire.

Il existe un partage de l'espace plus ou moins tacite entre les caisses de retraites. Ce partage opère une distinction entre milieu rural, où la MSA (caisse de retraite agricole) est

plus présente, et milieu urbain, où la CRAM ainsi que le RSI (indépendants) sont implantés. Selon le Directeur du service d'action sociale de la MSA du Maine-et-Loire, cette donnée géographique a influencé la territorialisation des caisses de retraites : « Nous avons plus d'usagers en milieu rural. Donc comme nous avons la gestion d'une palette de services et de prestations sociales, nous avons fait le choix d'optimiser notre présence sur le territoire, là où habitent nos usagers. (...) Bien entendu que nous sommes implantés en milieu urbain, notre siège est même dans l'agglomération angevine. Néanmoins, nous avons une couverture générale de l'agglomération et non spécifiée. C'est toute notre différence ! ». En parallèle, les CPAM de la Région ont aligné leurs maillages sur celui des Préfectures et des sous-Préfectures. Sur le terrain, la présence des antennes et des permanences est également spécifique à chaque caisse de retraites : les caisses de retraites des salariés sont fortement implantées en milieu urbain et les caisses agricoles le sont en milieu rural. Les caisses de retraites développent au final des territorialisations calquées sur les découpages administratifs et basées sur des réalités socio-géographiques propres. Elles produisent des territorialisations distinctes comme l'explique le Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire : « On travaille bien avec les MSA. Néanmoins, la donne continue de changer pour eux, leur spécificité agricole est de plus en plus mise à mal. Nous allons, à moyen terme, nous rapprocher et je pense que ce rapprochement aura pour effet de gommer nos distinctions territoriales qui sont de moins en moins efficaces ».

Au-delà des maillages, la territorialisation des institutions et des instances gérontologiques prend appui sur la déconcentration physique de leurs services et compétences. Le but affiché de cette déconcentration est de mieux réceptionner les demandes et de mieux évaluer et prendre en charge les besoins locaux. Sur le champ gérontologique, les Conseils Généraux s'appuient sur les mairies et les CLIC pour réceptionner les demandes. Ensuite, les équipes d'évaluation et d'accompagnement social des Conseils Généraux interviennent (au domicile ou en établissement) suivant les maillages présentés précédemment.

En parallèle, l'action sociale générale des Conseils Généraux (solidarité, insertion, enfance, personnes handicapées et personnes âgées) s'appuient sur des antennes d'action locales. Comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre de ces antennes oscille de 9 à 76 selon les Conseils Généraux. Avec 76 Centres Médico-sociaux, le département de Loire-Atlantique présente une posture décentralisatrice plus forte. Selon un élu local de Loire-Atlantique le nombre élevé de Centres Médico-Sociaux en Loire-Atlantique s'explique « Par un héritage politique d'ancrer localement l'action du Conseil Général en étoffant les équipes médico-sociales et sociales. La démarche est d'accompagner le plus près possible les publics qui relèvent de l'assistance. (...) En

comparaison, aux autres départements, on peut avancer que la Loire-Atlantique est le département le plus peuplé et urbanisé de la Région d'où des moyens plus élevés mais aussi des besoins plus forts ».

Tableau 18 : Maillages territoriaux et antennes d'action des Conseils Généraux de l'étude

	Maillage territorial		Antennes			
Loire-Atlantique	Délégations de solidarité	9	Centres Médico-sociaux	76		
	Circonscriptions d'action sociale et de santé	13	Centres Médico-sociaux	9		
Maine-et-Loire						
Mayenne	Circonscriptions d'action sociale	9	Antennes Solidarité	9		
Vendée	Circonscriptions d'action sociale	9	Centres Médico-sociaux	9	Centres de proximité	32

réalisation : BLANCHET M., Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

3- Les politiques institutionnelles à l'épreuve de l'action gériatologique locale

Comme le souligne G. DI MEO (1998), interroger les acteurs locaux sur leurs rapports au territoire revient à les interroger sur leurs marges de manœuvre géographiques et politiques¹⁵⁷. D'abord alignés sur une logique d'assistance sociale et non planifiée sur le territoire, les acteurs gériatologiques se sont progressivement confrontés aux logiques de rentabilité économique et à l'effacement des collectivités locales au profit des départements. Selon les entretiens, il en ressort une oscillation des pratiques géographiques des acteurs gériatologiques locaux entre assistance et rentabilité économique et une ré-appropriation inégale des enjeux gériatologiques par les collectivités locales.

a- Une offre locale héritée

Si en 1967, les bourgs-centres de plus de 4 000 habitants disposaient chacun de services chirurgicaux et obstétricaux, en 2000 seules les préfectures et les sous-préfectures de la Région en étaient dotées. V. JOUSSEAUME (1998) explique cette surconcentration par un processus d'hyperspécialisation et d'économie entérinée dans les années 1990 : « *Ces activités chirurgicales et obstétricales ne vécurent que le temps d'une génération. Le développement rapide des connaissances et des techniques médicales et par là même du coût des soins, a supprimé en une seule génération l'échelon du bourg centre, étape entre la quasi-absence de recours aux soins hospitaliers urbains groupant des services médicaux plus variés, des compétences plus pointues et un matériel plus coûteux* »¹⁵⁸. De cette évolution, la structuration actuelle de l'offre hospitalière laisse place à une hiérarchisation technique et géographique de l'offre selon des standards démographiques et économiques.

Comme le mentionne D. ARGOUD (1998) la décentralisation de l'action gériatologique a été précédée d'une gestion plus locale des politiques sociales directement négociée entre l'Etat et les acteurs locaux : « *Jusqu'à présent ; les politiques sociales s'élaboraient*

¹⁵⁷ DI MEO G., 1998, *Géographie sociale et territoires*, Bordeaux, Nathan Université, collection Fac, p.249.

¹⁵⁸ JOUSSEAUME V., 1998, *L'ombre d'une métropole*, Nantes, Presses Universitaires de Rennes, p.45.

principalement en fonction du jeu politique local, bénéficiant d'une relative indépendance vis-à-vis des priorités nationales et des besoins locaux »¹⁵⁹. C'est donc sous une double impulsion centrale et locale que se sont créés les établissements et les services à destination des aînés. Dans un cadre centralisateur, les différentes préconisations politiques et les différents plans nationaux laissèrent ainsi des marges importantes aux acteurs locaux sur le champ social. Jusqu'au début des années 1980, la création des établissements et des services gérontologiques a été l'entreprise de réseaux associatifs et de politiques locaux, le plus souvent liés les uns aux autres. Comme le mentionne le Président de l'UNA Pays de la Loire (Fédération d'association d'aide à domicile), « Bien que les Conseils Généraux aient pris du galon sur l'action gérontologique locale avec l'APA, les schémas et les CLIC, il ne faut pas oublier qu'il a en face de lui des acteurs, des réseaux locaux- je pense notamment à certains élus, aux services d'aide à domicile, aux CCAS, aux maisons de retraites- qui étaient là bien avant eux. Ces réseaux sont toujours en place à l'heure actuelle et sont des interlocuteurs incontournables pour les Conseils Généraux ». Dans ce sens, selon le Conseiller Général de la Loire-Atlantique, jusque dans les années 1970, l'action gérontologique locale s'est structurée suivant les opportunités locales, « Avant, la création des services d'aide à domicile reposait sur la participation active de réseaux religieux, politiques et familiaux locaux liés aux situations de difficulté au grand âge. Avant que les CCAS n'emboîtent le pas, c'est le secteur associatif traversé par l'affrontement laïc/catholique qui répondait aux personnes âgées et aux besoins des familles ou qui géraient des maisons de retraites. De fait, ce sont sur les réseaux ruraux, mutualistes, politiques locaux que s'est constituée l'offre locale, avec pour caricaturer, l'ADAR d'un côté, l'ADMR de l'autre, les maisons de retraites mutualistes et les confréries, les CCAS en ville et les associations en milieu rural ». Selon le binôme domicile/établissement comme l'affirme un élu local de la Loire-Atlantique : « En Loire-Atlantique, les années 1980 et 1990 ont été le témoin de luttes acharnées entre les partisans du domicile et des établissements. Afin d'étendre leurs emprises sur le territoire, les associations d'aide à domicile ont contrarié le développement local de maison de retraites publiques estimant que ça leur ferait tort(...) Cet affrontement local entre domicile et établissement a beaucoup nui à l'action gérontologique locale. Ça nous a mis des œillères, ça a tendu les rapports et ça a surtout gommé les solutions intermédiaires et plus sociales des réflexions. C'est bien plus tard que sont apparus les services de portage de repas, la téléassistance... ». Selon le Président de la FNADEPA de la Vendée, cette construction libre de l'offre gérontologique a engendré un mimétisme local sous fond de développement économique et social : « Dans les années 1970 surtout, on a remarqué que sur plusieurs cantons, les communes se sont toutes mises à établir des foyers-logements. Le but était double, répondre tout d'abord au phénomène de décohabitation familiale et donner du travail aux femmes ». Motivation économique que légitime le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, « Pour les communes, notamment les CCAS, le fait d'avoir une

¹⁵⁹ ARGOU D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.80.

maison de retraite ou un foyer-logement garantissait des emplois pérennes. Dans le contexte de mutation des activités agricole et industrielle en milieu rural, l'encouragement des activités sociales et médico-sociales constituait des garde-fous, une bouffée d'oxygène économique pour les communes en reconversion ».

Les règles du jeu de l'action gérontologique locale ont été longtemps peu formalisées : l'absence du filtre départemental dans les processus de planification institua un développement anarchique de l'offre. Il en découle, dans certaines zones, une surconcentration des modes d'hébergement et, dans d'autres zones, une implantation faible des établissements gérontologiques d'accueil. Bien que l'affirmation gérontologique des Conseils Généraux dans les années 1990 a profondément bousculé ce mécanisme de ping-pong institutionnel entre le local et l'Etat au profit d'une volonté de régulation départementale de l'offre, il n'en reste pas moins que les politiques et les instruments de planification des années 2000 demeurent solidaires de cet héritage. Ainsi les schémas gérontologiques et le PRIAC insistent sur la nécessité de gommer ces héritages par un rattrapage de l'offre dans les zones les moins bien équipées.

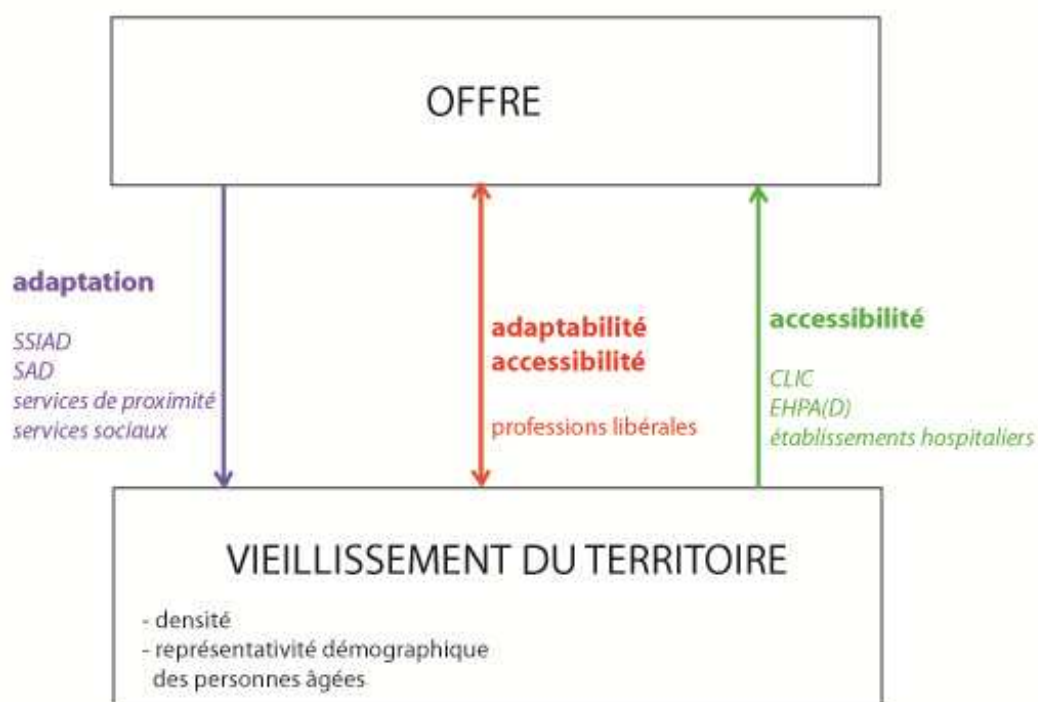
b- Les acteurs locaux et le vieillissement du territoire : entre adaptation, accessibilité et rentabilité

Selon P. TIZON (1996), la territorialité repose sur un rapport de soi aux autres et de soi à l'espace : « *Territorialiser, c'est donc construire et reconstruire sans cesse ce qui environne l'acteur social, matériellement et dans ses représentations : pour l'institution c'est son aire de pouvoir ou d'influence* ». Les recherches auprès des acteurs locaux ont porté sur leurs rapports au territoire et à son vieillissement. Suivant la taille, le statut et le secteur des acteurs, il ressort deux formes de rapports au territoire : l'adaptation et l'accessibilité.

Les couvertures territoriales et l'implantation des services et établissements suivent la répartition et la concentration des personnes âgées sur le territoire. Logiquement, les acteurs gérontologiques qui développent le plus ce type de rapport fondé sur l'adaptation sont les acteurs du domicile, de proximité et sociaux. En effet, 63 % de l'ensemble des acteurs gérontologiques structurent leurs activités géographiques autour de la notion d'adaptation géographique aux personnes âgées. Cette proportion atteint respectivement 82, 78 et 77 % pour les services d'aide à domicile, les services de proximité et les services sociaux (lutte

contre l'isolement notamment). Orientés vers le domicile, ces acteurs se réfèrent à l'échelle locale et adoptent des postures centrées sur la demande comme l'explique le Président de l'ADMR May et Evre (agglomération de Cholet) : « Le but premier de notre action est de répondre au domicile aux besoins. Donc, pour nous et pour les autres associations de la fédération, le but consiste à se déplacer, à couvrir chez les personnes les besoins. Le lieu d'action, il n'est pas au siège, mais il est au domicile de la personne et cette donnée est très importante dans l'aide à domicile car il impose de trouver des équilibres suivant la densité de personnes âgées sur le territoire ». Les résultats indiquent que cette orientation géographique est autant marquée en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour autant, selon le Directeur de l'ASSADOM (association d'aide à domicile située à Angers), cette adaptation repose sur une règle de densité : « Nous intervenons au domicile, donc, que ce soit pour nous ou d'autres, l'implantation de nos antennes respecte des règles de densités démographiques. Résultat, nos antennes d'action couvrent moins de communes en milieu urbain et beaucoup en milieu rural ». Les Directeurs de l'ADMR de la Vendée et de l'ADAR (Loire-Atlantique), estiment que l'implantation des services d'aide à domicile s'effectue à une échelle très grande, celle de la commune ou du quartier : « Même si nous intervenons au domicile, ce n'est pas nous qui engageons la demande mais les familles, la personne elle-même. Pour cela, il faut être présent de deux manières : de manière visible et directe et de manière informelle suivant les réseaux. Pour la première manière, nous avons nos locaux, pour la seconde nous nous appuyons sur nos contacts avec les mairies, avec les communes... » et « Comme nous ne pouvons pas avoir de locaux dans tous les quartiers, notre action consiste à être déjà présents au domicile des personnes âgées à travers différents supports (comme l'annuaire ou la presse locale) et à nous appuyer sur nos réseaux avec les services municipaux ». Néanmoins, les statuts des services d'aide à domicile configurent ce rapport au territoire : si les services publics et les associations s'inscrivent dans un rapport social à la demande, les services commerciaux s'inscrivent dans un rapport solvable à la demande comme l'expliquent les Directeurs d'entreprises d'aide à domicile lucratives basées à Nantes et sur le littoral vendéen : « Nous sommes implantés dans le centre-ville de Nantes, ce n'est pas pour rien. Notre intention est de toucher une certaine clientèle âgée et non de nous adresser au plus grand nombre, donc notre stratégie territoriale consiste à être présents et d'être compétitifs dans le quartier adéquat » et « sur le littoral, y a de la place pour tout le monde, mais moi, mon petit plus, c'est que la personne est cliente et pas usager. Et pour une partie des gens de la côte, ça change tout d'avoir à faire à une entreprise plutôt qu'une association type ADMR... ».

Figure 18 : Rapports au territoire des acteurs gérontologiques locaux



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) développent également ce type de rapport au territoire : sur les 9 SSIAD interrogés 8 s'inscrivent dans un rapport d'adaptation à la demande qui se concrétise par une politique de réseaux forte sur le territoire (6 SSIAD sur 9) comme l'explique l'Infirmière-coordinatrice du SSIAD de Nantes, « Pour aider les personnes âgées et être en prise directe avec elles nous appuyons sur le CLIC, l'ADAR, le CCAS, les médecins et les infirmières libérales qui ensuite nous demandent d'intervenir. Pour nous, il est important d'avoir de bons contacts avec tout le monde car c'est en cela que nous répondons le mieux aux besoins. (...) La proximité géographique est surtout professionnelle et moins territoriale car dans une ville comme Nantes, difficile d'identifier le SSIAD par rapport au CCAS ou bien à l'ADAR ». Néanmoins, le rapport des SSIAD au territoire est contraint par une rigidité des limites d'intervention fixées en amont par la DDASS. Selon les entretiens, cette rigidité est ressentie exclusivement en milieu rural : les SSIAD de Baugé, de Saint Gilles Croix de Vie et de Pouzauges rencontrent cette contrainte sous deux formes. Une première forme qui s'explique par une couverture trop large du territoire « qui pose la question du suivi des patients, de la coordination et de la fatigue des intervenants »

selon l'Infirmière-coordinatrice du SSIAD de Baugé, et une seconde où les limites d'intervention des SSIAD sont ressenties comme étroites.

Intervenant à la fois dans leur propres cabinets mais aussi au domicile des personnes âgées, les professions libérales gérontologiques (médecins et infirmières) fondent, selon les entretiens, leurs activités selon un **double rapport d'adaptation géographique** aux aidés et de structuration socio-professionnelle. En effet sur les 8 médecins généralistes libéraux et sur les 7 infirmières libérales, 80 % sont implantés et exercent leurs activités selon un rapport de proximité à la clientèle potentielle. Un médecin libéral situé à Pouzauges (Vendée) explique que « le médecin, s'il veut faire tourner son cabinet a besoin d'être localisé dans le bourg, d'être un minimum accessible au plus grand nombre et a intérêt à exercer son activité dans un bassin de population un minimum dense ». Un médecin libéral de Nantes, confirme ce constat : « Les gens viennent à nous comme nous pouvons intervenir chez eux. Par rapport à notre territoire, je sais que mon activité se concentre à l'échelle du quartier que ce soit pour les visiteurs ou bien pour les visités ». Pour l'ensemble des professions libérales interrogées, la répartition de leurs professions respectives sur le territoire détermine les fondements géographiques de leurs activités. Selon un médecin libéral de Nantes, « Pour travailler correctement, il faut s'installer là où il y a un minimum de besoins sinon vous périclitez surtout avec l'aide à domicile. C'est pourquoi, pour être sûrs d'être proches des gens, de toucher un minimum de personnes, nous avons tendance à nous installer en ville là où il y a déjà des collègues ». Il est rejoint par une Infirmière libérale de Nantes (anonyme), « la volonté de toucher le plus grand nombre de personnes mais aussi la volonté d'être proche des professions sanitaires et de se constituer en une entité professionnelle dense et visible ». Un médecin libéral de Pouzauges (Vendée) confirme ce rapport socio-professionnel au territoire selon des règles de concentration professionnelle : « La médecine libérale a un gros problème : c'est sa répartition. Mais nous sommes rattachés à un cadre libéral ! Qu'on le veuille ou non, s'il l'on veut exister professionnellement et si l'on veut bien gagner sa vie, on a tout intérêt à exercer dans des zones où il y a un minimum de clientèle ».

Selon leurs missions, il est prévu que les Centres Locaux d'Information et de Coordination s'inscrivent dans un double rapport d'adaptation et d'accessibilité à la demande. Or, sur les 8 CLIC interrogés 6 affirment s'inscrire dans un rapport d'accessibilité et non d'adaptation. Le coordinateur du CLIC Baugé (milieu rural, Maine-et-Loire), explique sa position : « Notre couverture territoriale ne nous permet pas de dire que l'on s'adapte aux besoins ou à la demande. C'est pareil pour les autres CLIC, qui peut le prétendre ? Nos découpages (géographiques) aléatoires, nos missions d'orientation et de coordination, nous inscrivent plutôt dans un souci de nous rendre abordables géographiquement ». Jusque-là vécus par les Conseils Généraux comme une ingérence de l'Etat, les CLIC se sont développés dans un double rapport d'adaptation aux réalités locales et aux

politiques des Conseils Généraux : si les Conseils Généraux de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire appréhendent les CLIC comme un outil de régulation et de coordination local, les Conseils Généraux de Mayenne et de Vendée gèrent le dispositif sans définir de véritables lignes conductrices. Situés entre le département et les collectivités infra-départementales, les CLIC symbolisent de plus en plus aux yeux des élus locaux un service déconcentré du Conseil Général. Selon un coordinateur local : « Lors des plans d'aide, nous sommes souvent affiliés au Conseil Général par les autres services... Ça les crispe et ça met à jour des rapports de pouvoirs entre des acteurs locaux et le Conseil Général. Résultat, ça nous freine et ça nous isole... ». Il en ressort un rapport d'accessibilité locale aux demandes et aux professionnels qui, au vu de la diversité des contextes locaux, interroge sur la continuité territoriale des CLIC.

Les établissements d'accueil sanitaires, médico-sociaux et sociaux fondent leurs rapports locaux selon des critères d'accessibilité. Ce sont avant tout les EHPAD et les EHPA (9 sur 11) interrogés qui demeurent les plus soucieux de cet impératif. Comme l'explique le Président de la FNADEPA (Fédération Nationale des Directeurs D'établissements pour Personnes Agées) de Vendée, le principal enjeu géographique de l'EHPAD consiste à demeurer accessible aux autochtones âgés et ce à l'échelle locale, « L'implantation des EHPAD sur le territoire est incontournable car ce sont nous qui nous occupons des situations intolérables au domicile. (...) En conséquence, suivant la disposition des EHPAD alentour, nous nous adressons aux demandes provenant de plusieurs communes ». De fait l'accessibilité géographique varie plus en fonction des densités d'établissements qu'en fonction de la présence de personnes âgées. Comme l'explique le Président de la FNADEPA du Maine-et-Loire : « Bien sûr que la présence des personnes âgées compte mais surtout, ce qui est plus important à mon avis dans l'implantation d'un EHPAD, c'est de voir le nombre d'établissements sanitaires, d'EHPAD, de SSIAD dans les environs. Car si les services d'aide à domicile ne sont pas obligés de tenir compte de la structuration inter-sectorielle des établissements et des services, nous aussi. C'est une question de viabilité et de cohérence ».

Les rapports des établissements hospitaliers au territoire reposent sur un impératif d'accessibilité. Selon le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire, la carte hospitalière et les territoires de santé reposent sur la volonté d'être accessible sur l'ensemble de la Région : « La refonte de la carte hospitalière, les territoires de santé reposent sur le postulat que les filières les moins lourdes sont accessibles à l'échelle locale et les filières les plus lourdes à l'échelle inter-départementale ». Ce rapport d'accessibilité se transpose également à l'échelle des établissements hospitaliers. Sur les 6 rencontrés, tous s'inscrivent dans un rapport local d'adaptation de la demande à l'offre : selon le Directeur du service de gériatrie du Centre

Hospitalier de Cholet, « Nous nous occupons des personnes qui relèvent de notre territoire de santé. Ça ne veut pas dire que nous refusons les autres, mais c'est plus compliqué. Donc de fait, administrativement, en hiérarchisant les activités hospitalières sur le territoire nous demandons implicitement aux patients de suivre notre répartition inégale sur le territoire en dépit des discours de proximité dont on nous affuble souvent » et selon le Directeur du Centre Hospitalier de Mayenne, « Pour un département comme la Mayenne, c'est une aubaine d'avoir Château-Gontier, nous et Laval. L'ARH nous demande simplement de toucher le plus grand nombre, d'organiser notre accessibilité. Donc oui par rapport à la demande, c'est elle qui vient à nous et pas l'inverse ». Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire et le Directeur de l'Hôpital Local de Mayenne s'interrogent sur le passage prévu d'un rapport d'accessibilité à un rapport d'adaptation aux besoins individuels : « De plus en plus de Directeurs d'hôpitaux sont convaincus que l'avenir de l'hôpital ne se situe plus dans les murs même de l'hôpital. Plus que de recevoir et d'acheminer les personnes à nous, nous encourageons à l'ARH le développement des réseaux médicaux et des filières locales. Sous peine d'être complètement dépassés nous avons le devoir de délocaliser une partie des filières de l'hôpital au domicile. Ceci est encore plus vrai pour les filières gériatriques » et « A mon avis, nous ne pouvons pas rester en l'état sinon on sera complètement déconnecté des réalités du terrain. On nous demande de soigner et de prendre en charge au cas par cas, donc forcément ça nous impose un rapport de proximité et d'adaptation au territoire plus grand qu'il n'est aujourd'hui. Cela nous impose en amont de développer des réseaux médicaux, de développer la coordination avec les acteurs médico-sociaux et sociaux et en aval de développer de nouvelles formes d'intervention à domicile. (...) En plus, ils seront contents à l'ARH et au Ministère, cela fera des économies... ».

c- Le territoire, un enjeu économique et politique

Sur le champ sanitaire, le territoire constitue pour l'administration et les établissements hospitaliers un enjeu de pouvoir et un enjeu économique. Selon le Directeur du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Cholet, la pérennité d'un service ou d'une filière dépend de son niveau d'activité, « On a beaucoup entendu parler de la fermeture des maternités dans les petits hôpitaux. Ces fermetures faisaient suite à des calculs parisiens sur la rentabilité économique de l'établissement. Etant donné qu'il y avait moins d'actes dans les hôpitaux ruraux, on a fermé pas mal de services et on les a orientés vers des filières plus pérennes comme la gériatrie. Aujourd'hui, à l'exception des CHU, tout le monde a cette épée de Damoclès au-dessus la tête : en dessous de tel ou tel niveau d'activité on ferme telle ou telle filière. Résultat, les hôpitaux de proximité n'existent plus et les personnes sont obligées de s'adapter à la nouvelle cartographie ». Le Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire explique que ces impératifs instaurent une compétition territoriale entre les établissements hospitaliers : « L'un des effets de cette politique d'efficacité est que les CHU sont à l'abri et que les Centres Hospitaliers et les

Hôpitaux Locaux se concurrencent localement sur le parcours des patients. Suivant les filières, on fait une priorité de vous garder ou au contraire de vous acheminer ailleurs... ». Comme le mentionne V. JOUSSEAUME, ce rapport économique affaiblit les pôles ruraux : « *Les petites villes en tant que centre d'animation rurale, sont affaiblies par la perte d'équipements polarisants, nécessaires pour conserver leur niveau urbain* »¹⁶⁰. Cette angoisse est ressentie par les élus ruraux interrogés. Evoquant le vieillissement de son territoire, le Président de l'Intercommunalité de Baugé n'a cessé le long de l'entretien de rappeler le rôle structurant de l'Hôpital Local.

Pour 4 des 5 SSIAD interrogés, la rigueur budgétaire et la recherche de rentabilité se traduisent par des enveloppes inadaptées. Selon, l'Infirmière-Coordnatrice du SSIAD de Cholet, « Je ne vous apprend rien en vous disant qu'il n'y a de plus en plus de personnes très âgées sur le territoire et que ces mêmes personnes sont celles qui ont le plus le besoin de nous. Malheureusement, les financements ne suivent pas, nous n'avons pas suffisamment de moyens pour mener à bien des soins au domicile, donc ce sont les libérales quand il y en a et les services d'aide à domicile qui répondent à la demande ». Elle est rejoint par l'Infirmier-Coordinateur du SSIAD de l'agglomération du Choletais qui estime qu'« On a des moyens inférieurs aux besoins donc forcément, cela nous affaiblit aux yeux des autres professionnels gérontologiques. Nous sommes clairement mis en difficulté sur les plans horaires et géographiques : nous n'intervenons pas de manière aussi souple que les services d'aide à domicile, cela nous pénalise ». Contraints économiquement, les SSIAD se retrouvent fragilisés professionnellement et géographiquement : l'inadaptation de leurs enveloppes économiques aux besoins et aux demandes locales leur impose de faire appel aux professions libérales et aux services d'aide à domicile.

En parallèle, la création de l'APA a permis de consolider le financement de l'offre locale de services et d'établissements gérontologiques. Individualisée, l'APA a introduit un nouveau rapport au territoire : la personne âgée constitue dès lors un enjeu économique pour les prestataires. Cet enjeu économique est partagé en différents modes de financement (sécurité sociale, APA et financement personnel). Bénéficiaires de l'APA à domicile les services d'aide à domicile, ont transformé le territoire en marché économique : 81 % (à l'exception des CCAS) des services d'aide à domicile ont une approche concurrentielle du territoire. Cette conception renforcée par les lois Borloo de juillet 2005 a fait éclater les anciens partages

¹⁶⁰ JOUSSEAUME V., 2002, *Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000)*, Nantes, sous la Direction de FLEURET S., SECHET R., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, p.37.

territoriaux. Selon le Directeur de l'ADAR (association d'aide à domicile de la Loire-Atlantique), la libéralisation de l'aide à domicile du début des années 2000 a selon lui « bousculé les frontières et les accords tacites qui existaient entre nous ». Cette révolution territoriale basée sur des rapports concurrentiels n'a pas connu la même intensité partout. Cette mutation a été plus forte dans les villes ainsi que le littoral et moins forte en milieu rural (où les CCAS et les ADMR en place n'ont pas vu leurs implantations territoriales bousculées). D'après le Directeur de l'ASSADOM (association d'aide à domicile du Maine-et-Loire), cette recherche de croissance d'activité des associations et des entreprises d'aide à domicile a directement introduit un rapport de rentabilité territoriale calculé suivant la densité démographique et les distances géographiques : « Franchement, une entreprise a-t-elle intérêt de concurrencer l'ADMR sur Baugé ou sur Noyant ? Il n'y en a aucun. Le Conseil Général et l'ADMR font vraiment du social sur ces territoires car c'est impossible au tarif en place d'être rentable sur ce type d'espaces : les distances sont longues, les personnes âgées peu nombreuses... Bref c'est une vraie usine à gaz pour une structure à but lucratif ou une association qui voudrait étendre son action ».

Photographie 2 : L'implantation de l'ADMR dans les communes rurales



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Ce cliché réalisé dans la commune de Saint-Michel-Mont-Mercure (CC Pays de Pouzauges – Vendée) montre les liens étroits entre l'ADMR et les communes rurales. Cette photographie révèle également, dans un contexte concurrentiel, la volonté de la fédération départementale de l'ADMR de marquer son territoire.

Photographie 3 : L'implantation de l'ADMR en ville



L'ADAR est la principale association d'aide à domicile de l'agglomération nantaise. Soucieuse de développer son activité, elle s'est installée mi-2010 dans la commune de Rezé (la plus vieillie de l'agglomération). Comme le montre la photographie, l'ADAR affiche une posture commerciale susceptible de remettre en question les équilibres associatifs locaux.

Photographie 4 : L'ADAR, une association qui adopte des normes commerciales



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Sur la première photographie, l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) s'implante en plein centre-ville de Nantes. Cette localisation symbolise la disparition des anciens partages territoriaux entre les associations et les CCAS au profit d'une approche plus concurrentielle.

Photographie 5 : La concentration des services d'aide à domicile lucratifs en milieu urbain



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2010.

Depuis la libéralisation de l'aide à domicile des lois Borloo de 2005 relatives aux services à la personne, le centre-ville de Nantes a connu une progression du nombre de services commerciaux à destination des personnes âgées dépendantes. Ces services appartiennent à des groupes bancaires, d'intérim et d'assurance, et leur localisation en centre-ville s'explique par la volonté de s'adresser de manière sélective à des populations aisées.

De plus l'individualisation-solvabilisation de l'offre ne s'est pas limitée à une concurrence entre services similaires. La concurrence s'est étendue aux acteurs gérontologiques (CLIC, établissements d'accueil, SSIAD). Sur l'ensemble des 29 acteurs médico-sociaux et sociaux de la dépendance interrogés, 76 % sont concurrencés localement par les services d'aide à domicile. En premier lieu, ce sont les SSIAD (8 sur 9) qui sont les plus touchés par cette concurrence. Selon le Maire de Saint-Gilles Croix de Vie (littoral Vendéen), cette concurrence se traduit sur le terrain par « une volonté de garder à tout prix des personnes âgées qui relèvent des savoir-faire des SSIAD ou des maisons de retraites, tout ça pour faire du chiffre et pour se faire bien voir de la fédération ». Instance de coordination, les CLIC n'échappent pas à la règle et sont soumis à des rapports de concurrence (pour 6 sur 8) comme l'explique le Coordinateur du CLIC de Nantes : « Nous sommes partenaires en principe. Je dis bien en principe car il existe quelques associations d'aide à domicile qui conçoivent le CLIC comme un concurrent. (...) Cela se fait bien souvent au détriment de la personne quand le niveau de besoin s'élève ». Cette situation se vérifie dans les échantillons les plus denses démographiquement et n'existe pas pour les CLIC de Mayenne et de Baugé. Selon le Coordinateur du CLIC de Baugé (milieu rural, Maine-et-Loire) cette non concurrence est le fruit d'un héritage territorial et d'un contexte pseudo concurrentiel : « Déjà le CLIC existait avant que le terme ne soit utilisé. Le porteur du CLIC était l'hôpital qui voulait clarifier et s'appuyer sur tout le monde, y compris l'aide à domicile. Donc les rôles de chacun étant bien clarifié et délimité, l'aide à domicile n'a pas vocation à venir nous concurrencer. (...) La concurrence sur Baugé est faible, l'ADMR a pignon sur rue et c'est à mon avis peu rentable de venir les concurrencer ici ».

Enfin, une majorité des EHPAD Nantaise sont concurrencées localement par les services d'aide à domicile. Selon un Directeur d'EHPAD de la banlieue nantaise, cette concurrence prend la forme d'une campagne locale de dénigrement des maisons de retraites, de pression sur le soutien à domicile et repose sur des enjeux économiques familiaux : « En plus de dire que les maisons de retraites sont des mouroirs, certains services d'aide à domicile n'hésitent pas à maintenir la personne âgée à domicile, le plus souvent à la limite de l'acceptable. (...) Enfin, faut pas se mentir, l'aide à domicile revient beaucoup moins chère aux personnes et aux familles... ». Les établissements situés en milieu rural, moins chers, ne sont pas confrontés à ce type de concurrence. Ils entretiennent des rapports de complémentarité avec les services d'aide à domicile locaux. En milieu rural, les enjeux économiques et territoriaux de l'accueil en établissement se situent ailleurs. Selon le Président de la FNADEPA Loire-Atlantique, « Qu'est-ce que représente une maison de retraite sur le territoire ? L'assurance de garder, de pérenniser une activité économique ! A l'exception de zones rurales en déprise, dans nos campagnes, les maisons de retraites sont des gardes fous économiques. C'est avant tout sur ce

rapport économique aux territoires que s'inscrivent les maisons de retraites et assimilées ». En milieu urbain, les établissements d'accueil sont davantage solidaires des jeux économiques fonciers. Comme le précise le Directeur du CCAS de Nantes : « Nos maisons de retraites, on les construit où le prix du foncier est le moindre, donc en périphérie. A l'inverse, pour un fond de pension, l'installation d'une maison de retraite dans un quartier ou une ville cotée va être l'occasion d'attirer une clientèle huppée et de participer à une forme de capitalisation foncière et économique ». Dans ce sens, il ressort des observations sur Nantes, un début de formation en milieu urbain des établissements d'accueil. En effet, les établissements gérés par des sociétés anonymes sont concentrés dans les quartiers péricentraux et dans les communes les plus aisées de l'agglomération (Carquefou, Saint-Sébastien sur Loire). A l'inverse, l'implantation d'établissements publics est plus forte dans les quartiers périphériques de Nantes et ceux de la banlieue nantaise.

Les services de proximité et de lutte contre l'isolement n'en demeurent pas moins impactés par l'ouverture de la dépendance aux structures lucratives. Les entretiens relèvent une précarité économique des services de proximité et des services sociaux du fait d'une focalisation des politiques départementales sur la dépendance. Le Directeur de l'Office des retraités de la ville de Saint-Herblain estime à ce sujet « que les associations d'aide à domicile sont plus structurées car plus riches et plus considérées par les politiques alors que les services annexes ont autant d'utilité sociale ». Comme ce dernier l'explique, les services de proximité sont soumis à des contraintes économiques qui réduisent leurs marges de manœuvre territoriale. Un pan entier de l'action gérontologique se retrouve dépendant des choix économiques et politiques des intercommunalités et des communes. Or comme le souligne à juste titre le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, à ce jeu, « la création d'un service de portage de repas, de mobilité ou de lutte contre l'isolement en milieu rural relève de la loterie et n'est jamais assuré d'évoluer dans le temps. Les intercommunalités, les communes rurales sont inégalement préoccupées par les questions gérontologiques. La répartition de ce type de services est donc inégale sur le territoire ». Dépendants des orientations politiques locales, les services de proximité et les services sociaux demeurent vulnérables et développent le plus souvent une logique de bénévolat. Cette logique bénévole et locale s'oppose à la professionnalisation et à la rentabilisation des services d'aide à domicile. Face à ce bénévolat, souvent raillé, des associations et des entreprises de sociabilité se développent sous le même mode opératoire professionnel que les associations d'aide à domicile. Réalité que décrit le Président de Liens Croisés (association de loisirs et de sociabilité pour les personnes âgées), « Sans subventions, notre projet a une durée limitée. Le but est de démontrer notre savoir faire, de montrer la différence entre le bénévolat et le professionnel pour qu'ensuite les financeurs potentiels nous aident à régler un problème qui va se développer avec le temps (isolement) ». A

l'instar de la dépendance, l'objectif de ces associations et entreprises consiste à se positionner sur la problématique de la sociabilité des personnes âgées et de pousser à une solvabilisation de leur offre. Selon le Conseiller Général de Loire-Atlantique, « il n'est pas question de faire appel à des services tarifés pour maintenir ou créer du lien social : ce n'est pas dans notre philosophie » .

d- Des marges de manœuvre politiques réinterrogées à l'échelle locale

On le voit bien, la solvabilisation des acteurs locaux de la dépendance a conduit à une quête économique de rentabilité et de concurrence qui conduit à repenser non plus le territoire comme un simple support d'action mais essentiellement comme un enjeu économique et un enjeu de pouvoir. Ce glissement a consacré une vision économique de la vieillesse et de la dépendance. Relayée et encouragée par les pouvoirs publics, l'offre médico-sociale et sociale s'est ainsi structurée localement autour de ce postulat. C'est ce qu'explique le Maire de Saint-Gilles Croix de Vie, « L'action gérontologique représente plein de choses pour les territoires. Elle permet d'assurer de bonnes conditions de vie aux aînés et permet de consolider économiquement un territoire. Pour des communes rurales, c'est intéressant d'avoir des établissements pour personnes âgées dont les financements sont assurés par les Conseils Généraux et l'Etat » et le Président de l'Intercommunalité du Canton de Baugé « L'hôpital local, l'admr, les maisons de retraites représentent un double enjeu : celui de répondre aux besoins des personnes âgées mais aussi celui de créer de l'activité dans des espaces agricoles en perdition ». Dans ce sens, les entretiens avec les élus locaux montrent qu'il existe des liens étroits entre les élus locaux et les structures gérontologiques locales (maisons de retraites et services d'aide à domicile). Comme le signale le Directeur de l'ADAR (association d'aide à domicile de Loire-Atlantique), « Pour les communes rurales, nous sommes une bouffée d'oxygène car nous sommes vecteurs d'emplois et nous permettons d'assurer un travail dans des zones peu rentables ». Les communes rurales aident les associations d'aide à domicile par le biais de prêt de locaux et de matériels et par le biais de subventions.

De fait, le renforcement des pouvoirs gérontologiques du Conseil Général s'est traduit par une redéfinition des rapports entre les élus locaux et les Conseillers Généraux (concertation) et par une ré-interrogation des politiques gérontologiques locales. Tout d'abord, les élus locaux se sont vus confrontés à une logique de planification de l'offre qui leur a substitué leurs compétences. Comme le mentionne A. ROUYER et L. RUMEAU (2007), « *La logique gestionnaire et la frilosité des départements à déléguer certaines de leurs prérogatives ne*

favorisent pas, notamment, l'implication des municipalités et des intercommunalités »¹⁶¹. Les entretiens auprès des 9 élus locaux confirment cette affirmation. Face aux outils et aux compétences des Conseils Généraux, les communes et les intercommunalités se sont progressivement inscrites dans un compromis comme l'explique un Elu de la ville de Mayenne, « Pour créer une maison de retraite ou bien pour la gestion du CLIC, nous avons peu de compétences. Le principal financeur et décideur, c'est le Conseil Général. Il a une forte tutelle sur une multitude d'établissements et de services locaux. Donc, nous adoptons une logique de partenariat forcé avec étant donné qu'il reste le maître d'œuvre ». Plus précisément, la régulation de l'offre gérontologique s'inscrit dans un rapport de subordination avec les communes et les intercommunalités rurales. Selon un Conseiller Général (anonyme) : « Les petites communes et les petites intercommunalités nous suivent pour la simple et bonne raison qu'elles sont en difficulté économique et que les activités liées aux personnes âgées représentent dans ces espaces un élément de stabilisation socio-économique ». Les rapports avec les intercommunalités urbaines sont les mêmes mais diffèrent sur la forme : sous un mode contractuel (contrats de territoires) pour le Conseil Général de Loire-Atlantique et délégation de compétences pour le Conseil Général du Maine-et-Loire. Le rehaussement de l'offre d'accueil gérontologique sur l'agglomération s'est établi sous des bases contractuelles. Les intercommunalités de Cholet et d'Angers bénéficient depuis le début des années 2000 d'une délégation de compétence sur le champ gérontologique. Selon le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, cette délégation fait suite « à la volonté du Conseil Général d'insuffler une territorialisation de son action en impliquant les communes, les intercommunalités et les Pays à travers des Instances Gérontologiques Locales de concertation. C'est plus difficile en milieu rural mais sur Cholet et Angers, les intercommunalités ont joué le jeu et bénéficient d'une délégation de compétence qui prévoit la création d'établissements, le pilotage du CLIC, la création de services de proximité et la définition de politiques sociales fortes ».

L'hégémonie locale croissante du Conseil Général s'est surtout traduite par une redéfinition des politiques gérontologiques locales. Il ressort des observations deux postures politiques. Une première, dont le but consiste à soutenir des actions en faveur des personnes âgées dépendantes par la création de services de proximité et le soutien des établissements et services locaux (subventions, prêt matériels et immobiliers). Une seconde qui s'est traduite par le délestage des services d'aide à domicile communaux aux associations et le recentrage des compétences gérontologiques en direction de problématiques sociales spécifiques :

¹⁶¹ ROUYER A., RUMEAU L., 2007, *Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation*, Toulouse, DODIER R., ROUYER A., SÉCHET R, *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Géographie sociale », p. 177.

sociabilité, mobilité, pauvreté... Ces deux postures s'observent au sein des échantillons territoriaux à travers deux profils :

- un premier profil où les communes et les intercommunalités ont créé ou étendu des établissements ou des services. C'est par exemple le cas dans les échantillons ruraux. Dans l'intercommunalité du Canton de Baugé où l'intercommunalité a récemment créé un service de portage de repas ou bien dans l'intercommunalité du Pays de Pouzauges où les communes aident fortement les associations d'aide à domicile.
- un second profil où les communes se délestent de leurs services d'aide à domicile, diversifient l'offre et favorisent les partenariats publics/privés pour étendre leurs parcs d'accueil gérontologique. Cette situation est observable en milieu urbain et plus précisément sur les agglomérations de Nantes et de Cholet. Elle découle d'une volonté politique locale d'optimiser les coûts de la dépendance afin de redéployer l'action politique locale vers de nouvelles problématiques comme l'isolement ou la précarité économique au grand âge.

Le Directeur du service personnes âgées du CCAS de Nantes explique cette orientation à travers une adaptation locale à l'émergence de nouveaux besoins et à travers la nécessité de redéfinir de nouvelles marges de manœuvre gérontologiques locales : « Le cas de Nantes n'est pas unique. Les lignes bougent partout. Je pense que c'est dû à une proportion plus forte de personnes âgées en situation d'isolement en ville. La canicule a été un électrochoc pour beaucoup de communes urbaines. C'est en ville que l'on a recensé le plus de morts, pas en campagne. Au lieu de nous borner à faire ce que d'autres savent déjà faire, nous avons orienté nos actions vers ces nouveaux enjeux de lien social. Avec l'office des retraités nous développons des actions concrètes envers un public qui ne comprend pas toujours la ville et que la ville ne comprend pas non plus. De fait, depuis 2003, la ville a remis au goût du jour l'Office des retraités, leur a conféré des moyens importants. On travaille sur le lien social, c'est extrêmement difficile et cela demande beaucoup de patience... ». C'est également le cas de ville de Rezé (banlieue de Nantes), dont la politique municipale a été réinterrogée et a débouché sur la formulation d'une politique sociale de prévention des ruptures du grand âge et de maintien du lien social¹⁶².

¹⁶² BLANCHET M., 2009, *Etude Orpar : définition d'un nouveau champ d'action gérontologique local*, Angers, p.122.

Comme le signale C. GUCHER, « *Le champ des politiques gérontologiques devient donc à travers la décentralisation un terrain de concurrences entre l'échelon départemental et municipal. Malgré les paradoxes générés par les lois de décentralisation, les communes semblent poursuivre leur engagement dans le sens du développement d'action gérontologique de proximité* »¹⁶³, engagement d'œuvrer auprès des personnes âgées qui se vérifie dans toutes les communes d'observation mais qui opère depuis le milieu des années 2000 un virage sectoriel. En effet, la polarisation des Conseils Généraux autour des questions de dépendance et la faible intégration des communes et des intercommunalités au processus de décision ont eu pour effet de redéfinir de nouvelles marges de manœuvre gérontologiques locales. Ainsi, anciennement dévolue à la gestion du binôme maison de retraites – services d'aide à domicile les politiques locales se sont peu à peu attachées à orienter leurs politiques en direction de la sociabilité à la retraite et au grand âge. Seulement cette redéfinition des rôles n'a pas été la même entre les échantillons d'observation : cette mutation s'observe principalement en milieu urbain. Ces communes disposent de moyens et de savoirs-faires élevés qui leur ont permis de développer des politiques volontaristes en matière de lien social à la retraite et au grand âge. Ce n'est pas le cas en milieu rural. Selon, le Directeur du service d'action gérontologique du Maine-et-Loire, cette ré-orientation locale des politiques gérontologiques (vers les principes du rapport Laroque) n'est pas effective en milieu rural pour 3 raisons : « en raison des liens étroits entre les associations d'aide à domicile et les élus locaux, en raison des enjeux économiques que cristallisent l'aide à domicile et les maisons de retraites sur ces territoires et en raison de moyens et de savoir-faire plus limités sur ces territoires ».

L'émergence territoriale récente des Conseils Généraux sur le champ gérontologique ne s'est pas traduite par une association effective des communes et des intercommunalités aux processus de décision. Il en ressort une réaction inégale des acteurs politiques locaux : d'une subordination assumée en milieu rural pour des raisons économiques et territoriales à la recherche de marges de manœuvre propres en milieu urbain. Conscients de ces limites, les Conseils Généraux (notamment ceux de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire) adoptent depuis la crise économique une réflexion sur l'instauration de politiques plus partenariales avec les collectivités infra-départementales.

¹⁶³ GUCHER C., 2000, *L'action Gérontologique municipale*, Grenoble p.70.

e- Des rapports révélateurs des postures politiques et territoriales des institutions gérontologiques

La territorialisation des institutions interrogées dans le cadre de notre étude repose sur ces deux objectifs : l'adaptation de l'offre aux besoins et la volonté d'affirmer son pouvoir à l'échelle locale.

Comme l'affirme le Conseiller Général du Maine-et-Loire, cet objectif est inhérent aux Conseils Généraux, « L'action gérontologique est un pilier identitaire et politique des Conseils Généraux. Depuis 2000, nous avons la possibilité de réguler l'APA, l'offre à destination des personnes âgées dépendantes, de créer des services originaux. En cela, la maîtrise de l'offre par le territoire permet de rappeler aux citoyens, aux associations et aux entreprises ce que fait le Conseil Général ». Cependant, lors des entretiens, cet objectif a été plus marqué pour les Conseils Généraux de la Vendée et du Maine-et-Loire. A l'inverse cet objectif semble de moins réel pour les caisses de retraites comme le témoigne le Directeur du Service d'Action Sociale de la CRAM Pays de la Loire : « Nous sommes toujours là (sur le champ gérontologique) mais nous avons décidé de ne plus jouer des coudes. Les pilotes ce sont les Conseils Généraux. Notre position a changé, nous nous orientons vers d'autres missions plus sociales, vers un fonctionnement basé sur le principe d'appel à projet... ».

Marqué par la volonté des Conseils Généraux de maîtriser leurs dépenses, la territorialisation de leurs actions constitue un moyen efficace d'évaluation des besoins, de contrôle et de régulation de l'offre. Néanmoins, les postures ne sont pas les mêmes entre les acteurs oscillant entre laisser-faire et contrôle, certains acteurs optant pour les deux formes de régulation. Ces postures se sont traduites par une ouverture aux structures privées lucratives et non lucratives et par un développement sectoriel de l'offre et ont eu pour conséquence de multiplier l'offre gérontologique suivant la forme et les statuts.

Le croisement de différents indicateurs singularisant les actions des institutions gérontologiques fait ressortir plusieurs profils. Les indicateurs qualitatifs issus des recherches et développés précédemment sont le niveau de décision, l'organisation territoriale, le jeu des acteurs et les modalités de régulation de l'offre et de la demande.

Selon ces indicateurs, l'ARH piloté par le Ministère définit la politique sanitaire régionale, déconcentre son action et régule ses activités selon des standards de rentabilité économique. En plus de hiérarchiser les filières sur le territoire, l'ARH a multiplié l'offre

sanitaire en développant des services et des dispositifs spécifiques. Dans ce sens, la Région et les années 2000 ont été le témoin du développement de l'HAD, de la création d'unités psycho-gériatriques (6) et de réseaux de santé gériatriques (3). L'ARH présente la particularité d'établir une hiérarchie sectorielle avec les autres institutions. In fine, l'ARH présente un profil géographique et politique déconcentré et hiérarchique. Les administrations médico-sociale et sociales ne présentent pas le même profil : faute de moyens politiques et économiques, les administrations ont adopté (par défaut ?) une posture partenariale à travers leurs associations aux documents de planification et aux financements de l'action gérontologique. Néanmoins, cette dimension partenariale est parfois mise à mal en fonction des politiques départementales.

Les caisses de retraites ayant vu leurs compétences gérontologiques diminuer ont tenté, dans la première partie de la décennie 2000, de réaffirmer leurs compétences à travers la prise en charge du retour d'hospitalisation. Le dispositif n'a pas connu un franc et massif succès. En conséquence, les caisses de retraites se sont retirées de la dépendance et ont diversifié localement l'offre à travers le soutien aux établissements intermédiaires, aux associations d'aides au répit... Sur le plan géographique, ce retrait s'est traduit par déconcentration quasi-nulle de leurs services et par une gestion territoriale de leurs activités sous un mode libéral (ouverture à la concurrence comme mode de régulation de l'offre et de la demande, logique d'appel à projet). Il en ressort, en particulier pour la CRAM, une posture conflictuelle avec les Conseils Généraux.

Disposant d'un outil de planification et de régulation, les Conseils Généraux demeurent les pilotes des politiques de la vieillesse. Pour autant, l'appropriation politique et géographique de ces compétences n'est pas la même entre les départements. La posture territoriale constitue un premier élément de distinction. Sur les quatre départements de l'étude, le Conseil Général de la Loire-Atlantique présente un profil déconcentré tandis que les autres Conseils Généraux adoptent un modèle territorial plus centré. S'ajoute à cette distinction territoriale, des jeux d'acteurs plus ou moins consensuels avec les partenaires institutionnels ainsi qu'avec les politiques locales. Les Conseils Généraux de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire établissent une politique partenariale avec les administrations et les collectivités locales. Le Conseil Général de la Vendée présente, quant à lui, une posture plus hégémonique avec les collectivités locales et plus conflictuelle avec l'administration. Le Conseil Général de la Mayenne affiche une neutralité partenariale : réceptif aux demandes des

politiques locales et des administrations, il se fie à ces dernières et les exécute dès lors qu'il est en moyen. Ces différences rejaillissent également sur les modalités de régulation de l'offre. Les Conseils Généraux de Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de la Vendée présentent une gestion opportune de l'offre et des demandes en s'appuyant sur un développement sectoriel, une ouverture contrôlée aux entreprises de l'offre et un contrôle biomédical des demandes. Le Conseil Général de la Mayenne s'appuie sur les fédérations d'établissements et de services pour réguler l'offre.

Les institutions et les instances gérontologiques se sont appuyées sur le territoire pour adapter l'offre aux besoins de plus en plus spécifiques des individus. Cette reprise en main locale a concouru à la multiplication de l'offre : à travers la création de réseaux de coordination autonomes, le développement d'une offre de plus en plus spécifique et en impliquant davantage les structures privées. A partir de la Région Pays de la Loire, nous allons voir les conséquences de ces modes de régulation (importés du privé) sur la structuration géographique de l'offre.

CHAPITRE VII – POUR QUELLE REPARTITION ET STRUCTURATION GEOGRAPHIQUE DE L’OFFRE GERONTOLOGIQUE ?

L’étude du système d’acteurs gérontologiques territorialisés nous a montré que la division territoriale et sectorielle de l’action gérontologique se traduit en aval par des partenariats et des déséquilibres entre acteurs. Nous allons voir, sur le versant de l’offre, que la décentralisation et la gestion de l’action gérontologique aux Conseils Généraux n’ont pas été en mesure d’endiguer ces déséquilibres et que, dans une certaine mesure, elles y ont contribué.

1- Répartition et structuration géographique de l’offre gérontologique dans la Région Pays de la Loire

Ce chapitre a pour but d’établir, selon les secteurs d’intervention, une géographie de l’offre gérontologique. De cet examen, à l’échelle de la Région Pays de la Loire et des six échantillons territoriaux, il ressort de fortes inégalités entre et à l’intérieur des départements mais aussi entre les secteurs d’intervention. Pour des raisons d’informations non exhaustives, l’offre à destination des personnes âgées isolées et pauvres n’a pu être traitée.

a- Une offre hospitalière hiérarchique et inégale entre les départements

La spécialisation progressive des savoir-faire, l’exponentialité des coûts et les impératifs de rentabilité économique ont incité l’administration hospitalière à concentrer en milieu urbain ses spécialités. Ainsi, les réformes hospitalières ont fermé les services chirurgicaux et obstétricaux des hôpitaux ruraux au profit des Centres Hospitaliers et des Centres Hospitaliers Universitaires. En 2007, la Région Pays de la Loire compte 161 établissements de soins (64 publics et 97 privés). S’ajoutent aux deux Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U) de Nantes et d’Angers, 20 Centres Hospitaliers, 35 Hôpitaux Locaux, 7 centres psychiatriques, 38 établissements privés de soins de courte durée, 5 établissements privés de soins de longue durée et 32 établissements privés de soins de suite et de réadaptation. A cette même date, la

Région compte un peu moins de 23 500 places sur l'ensemble des établissements hospitaliers. Plus du tiers des places est concentré en Loire-Atlantique contre 10 % en Mayenne. En comparant ces chiffres aux proportions démographiques de ces départements, on réalise que la répartition des lits et des places entre les départements est équilibrée (même s'il demeure un léger désavantage démographique pour la Vendée). Néanmoins, ramené aux proportions de plus de 65 ans, on observe que cet équilibre est rompu au profit des départements les plus jeunes et les plus urbanisés.

Le taux d'équipement hospitalier en lits et places installées pour 1 000 habitants suivant les filières médecine/chirurgie est contrasté entre les départements. On observe tout d'abord un effet de spécialisation pour les deux départements dotés d'un CHU. Ces deux départements, la Loire-Atlantique et le Maine et Loire, affichent des taux d'équipement en chirurgie largement supérieurs à la moyenne régionale.

Tableau 19 : % de lits et de places d'hospitalisation à temps complet dans les départements des Pays de la Loire

(en % par rapport à la région)	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<i>total court séjour</i>	34,7	25,8	8,9	17,9	12,7
<i>soins de suite et de réadaptation</i>	33,3	21,5	8,2	18,9	18,2
<i>soins de longue durée</i>	38,2	12,0	8,9	25,2	15,6
<i>lutte contre maladie mentales</i>	30,1	22,1	11,1	19,1	17,5
<i>population totale</i>	35,5	22,2	8,7	16,2	17,2
<i>plus de 65 ans</i>	31,7	21,6	9,6	17,6	19,4

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS Pays de la Loire

On constate également que les taux d'équipement en médecine (techniquement moins lourds) sont supérieurs dans les départements de la Sarthe, de la Mayenne et du Maine et Loire (la Loire-Atlantique présente, quant à elle, un taux d'équipement légèrement inférieur à celui de la Région). Que ce soit pour la médecine ou la chirurgie, la Vendée présente des taux d'équipement nettement inférieurs.

Figure 19 : Taux d'équipement hospitalier pour 1 000 habitants dans les départements de la Région Pays de la Loire

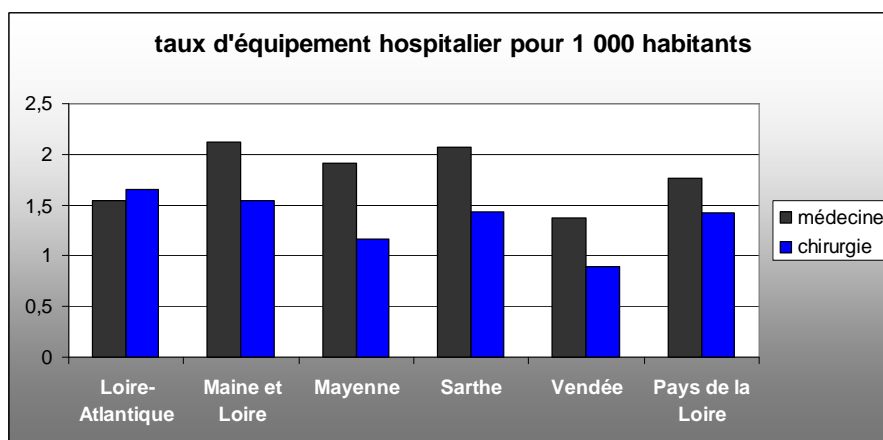
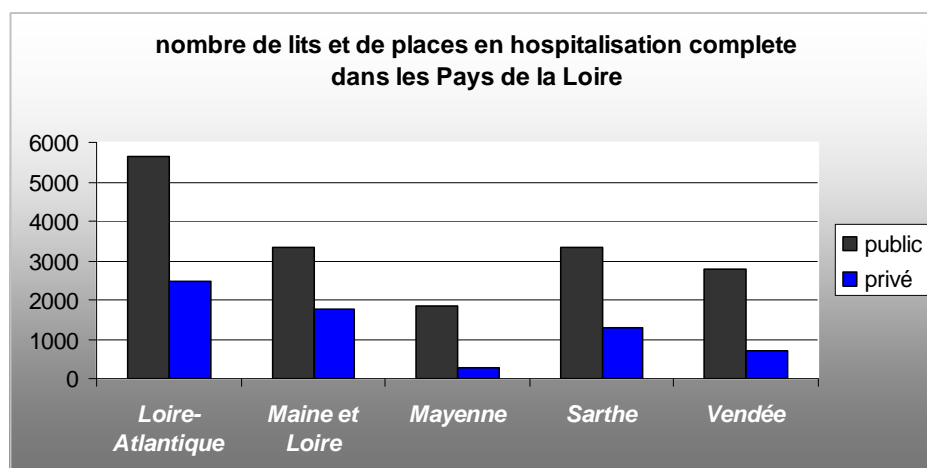


Figure 20 : Nombre de lits et de place en hospitalisation complète dans les départements de la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS - PMSI MCO 2007

En 2007, la Région compte 4 771 places en **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** et 225 places en Hospitalisation à Domicile (HAD). Les taux départementaux d'équipement en SSR pour 1 000 habitants présentent les mêmes déséquilibres entre les départements que les taux d'équipements en médecine/chirurgie. Si les départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe présentent un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale, la Loire-Atlantique présente un taux moyen et la Vendée se distingue encore par un taux d'équipement inférieur. En revanche, la Vendée et la Loire-Atlantique sont les mieux équipées par habitant en SSR. La situation de l'**HAD** en 2006 est aussi déséquilibrée entre les

départements. La Loire-Atlantique représente presque la moitié des places et des journées prises en charges. Par rapport au vieillissement de la population, le Maine et Loire est sous-doté ainsi que les départements de la Mayenne et de la Sarthe. La Vendée se démarque par un taux d'équipement en HAD cette fois supérieur à la moyenne régionale. Néanmoins, il convient de tempérer ces taux dans la mesure où l'HAD est un dispositif déployé récemment.

Tableau 20 : Situation de l'Hospitalisation à Domicile dans les départements de la Région Pays de la Loire en 2006

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
<i>nombre de places</i>	100	45	10	30	43
<i>journées prises en charges 2005</i>	29295	12229	3223	6431	9393

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS 2007

En conclusion, S. FLEURET¹⁶⁴ nous indique que la structuration spatiale de l'offre hospitalière suit la hiérarchie des villes : « *D'une manière très simplifiée, on peut faire un parallèle entre la hiérarchie des villes et celle des hôpitaux. Dans les places de premier ordre sont implantés des hôpitaux au rayonnement régional (CHR - Centre hospitalier régional - et CHU) développant les trois spécialités : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dont certains services hyper spécialisés (par exemple la neurochirurgie, les greffes ou le soin des grands brûlés). Dans les places de second ordre vont se retrouver deux ou trois spécialités MCO, à des niveaux de spécialisation moins importants. Enfin, en bas de la hiérarchie, dans les plus petites villes, la médecine reste souvent la seule spécialité présente dans les hôpitaux locaux* »¹⁶⁵.

b- Des médecins libéraux concentrés en ville

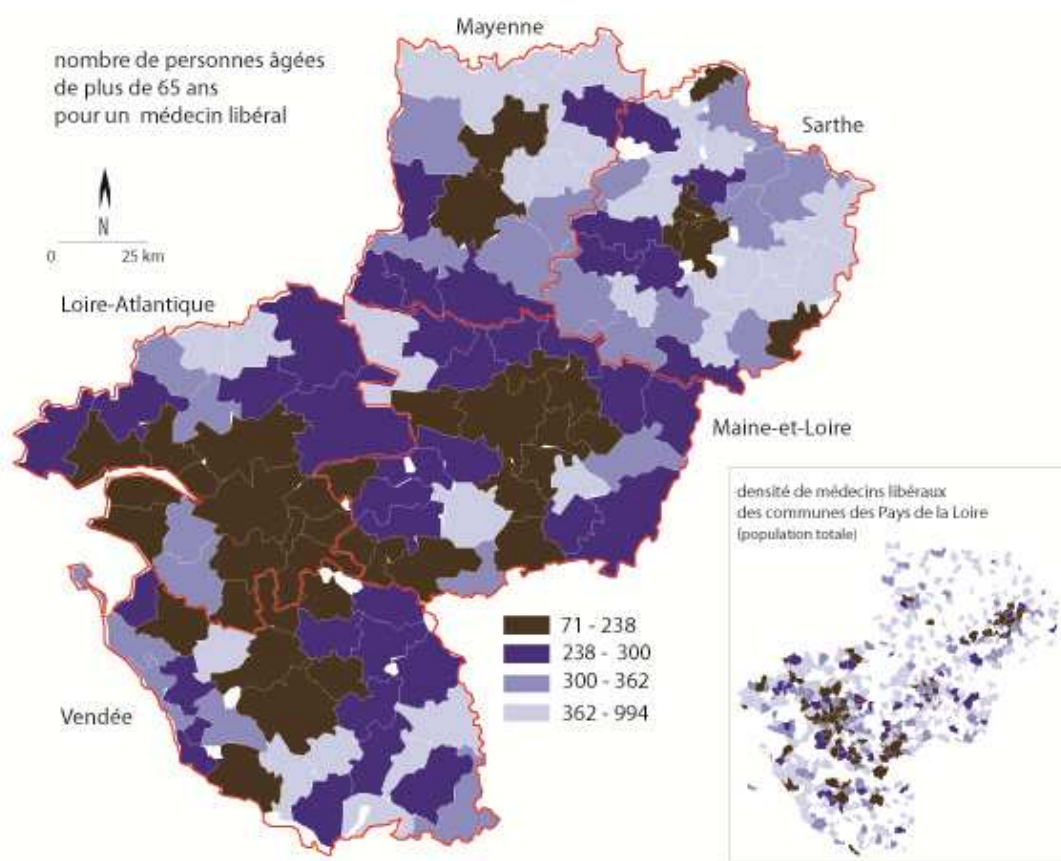
En 2008, la Région Pays de la Loire compte plus 5 650 médecins libéraux (généralistes et spécialistes), soit un médecin généraliste pour 970 habitants contre 892 à l'échelle nationale (les proportions se creusent légèrement si on tient compte des spécialistes). Les écarts de densité entre ville et campagne, constatés à l'échelle nationale, se transposent

¹⁶⁴ FLEURET S., SECHET R., 2002, *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 238 p.

¹⁶⁵ FLEURET S., 2003, *Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé*, Angers, in Géocarrefour, n°73, p.2.

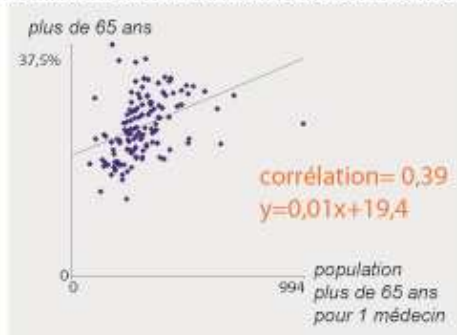
aussi aussi à l'échelle des Pays de la Loire. Il ressort des données de l'URCAM et de la DRASS des Pays de la Loire des écarts de densité conséquents entre les 5 départements. Ces écarts se font au profit du département le plus urbanisé et peuplé, la Loire-Atlantique (avec 1 médecin pour 875 habitants), et au détriment du département le plus rural, la Mayenne (1 médecin pour 1 214 habitants). De son côté, le Maine et Loire présente une forte densité de médecin (1 médecin pour 911 habitants).

Carte 20 : Proportions des médecins libéraux dans la Région Pays de la Loire

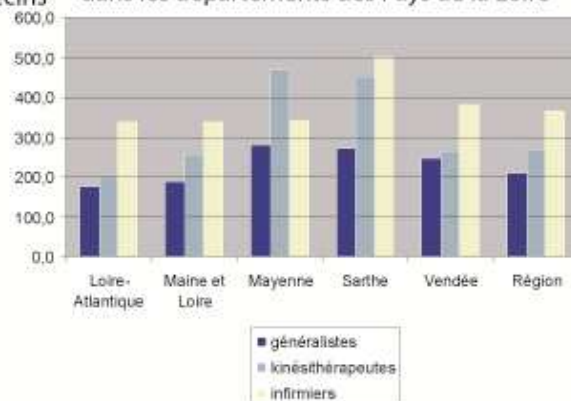


corrélation

vieillesse du territoire/densité de médecins



population totale moyenne pour un médecin généraliste dans les départements des Pays de la Loire



réalisation : Blanchet Mickaël, Doctorant Université de Géographie d'Angers, CARTA, 2006.

sources : URCAM Pays de la Loire
INSEE Pays de la Loire

Ramenés aux populations âgées et très âgées, les écarts de répartition des médecins libéraux se creusent : au 1^{er} janvier 2008, on compte un médecin pour 174 personnes âgées de plus de 65 ans en Loire-Atlantique contre 283 en Mayenne (inégalité accentuée pour les médecins spécialistes).

La cartographie régionale du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pour un médecin généraliste met clairement en avant le fait que les médecins sont sur-concentrés en

ville et peu présents dans les périphéries rurales de la Région (notamment celle de Mayenne, de la Sarthe et du sud de la Vendée). La présence des médecins sur le littoral atlantique est contrastée entre les intercommunalités les plus peuplées et urbanisées (Talmondaïs, Sables d'Olonne, la Baule, Pornic et Saint-Nazaire) où les ratios de médecins par habitants âgés sont élevés, et les intercommunalités littorales restantes où ces ratios sont faibles. Mais surtout, nombre de communes rurales restent dépourvues de médecins généralistes. Le Chargé de mission sur la démographie et la consommation médicale de l'URCAM Pays de la Loire estime à ce sujet, que le nombre de médecins de plus en plus élevé (de 1 152 en 1967 à 3 296 en 2000) a favorisé le renforcement de l'offre de foyers urbains, grands et petits ce qui s'est traduit par une évolution insuffisante dans les communes rurales de Sarthe et de Mayenne.

Tableau 21 : Nombre moyen d'habitants pour 1 médecin généraliste dans les échantillons territoriaux d'observation (population totale et plus de 65 ans)

	population totale	plus de 65 ans
PAYS DE LA LOIRE	980	210
Pays St Gilles Croix de Vie	895	297
Agglomération de Cholet	1033	192
Pays de Mayenne	1148	235
Canton de Baugé	1077	299
Pays de Pouzauges	1306	295
Nantes Métropole	856	153
Nantes ville	747	136

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : URCAM Pays de la Loire

Le tableau précédent nous montre toute la nature urbaine du phénomène. Que ce soit en milieu rural, dans ce que l'INSEE nomme les pôles ruraux, ou bien au cœur des agglomérations de la Région, la répartition des médecins est solidaire des concentrations démographiques. Dans ce sens, on observe une sur-concentration des médecins dans les intercommunalités urbaines, notamment dans la ville de Nantes¹⁶⁶. Ce phénomène rejoint les constats de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale sur l'offre de soins sur le territoire¹⁶⁷. A l'échelle de l'agglomération nantaise, les

¹⁶⁶ CLEMOT A., CLOAREC N., JEAN O., MASSINON V., RIEG C., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, Insee Dossier, n°27, Insee Pays de la Loire, Conseil Général Loire-Atlantique, Ministère de la Santé et des Solidarités, p. 33.

statistiques montrent que les médecins sont moins présents dans les communes voisines de Nantes et très présents dans les communes de la seconde couronne de banlieue. En campagne, les contrastes entre les pôles ruraux et les communes voisines sont plus forts : les premiers accueillent des médecins tandis que les secondes n'en accueillent pas. L'enjeu pour ces espaces consiste à maintenir un nombre suffisant de médecins capables de couvrir les besoins de plusieurs communes.

Bien que les personnes âgées constituent une part importante de la clientèle des médecins, la présence de ces derniers n'est pas conditionnée aux représentations des personnes âgées dans la population totale. Selon les évaluations statistiques, il n'existe en effet pas de relation entre la présence des médecins et celle des personnes âgées sur le territoire. On peut simplement conclure à une forte propension des médecins généralistes et encore plus des médecins spécialistes à s'installer. A ces inégalités de répartition, différentes enquêtes sur les motifs d'installation des médecins libéraux menées en 2002 par des URCAM régionales (Ile de France, Basse-Normandie) et les travaux du sociologue J. GALLI (2002)¹⁶⁸ font ressortir l'importance des conditions d'exercice et des conditions de vie dans le choix du lieu d'installation : « *Les jeunes médecins, souvent eux-mêmes issus des centres urbains, adoptent ou souhaitent conserver des styles de vie citadins et continuer à bénéficier du tissu social et commercial. Les étudiants et les jeunes médecins interrogés dans le cadre de la mission, ont unanimement insisté sur l'importance des services publics et autres auxquels ils veulent avoir accès, comme la majorité des jeunes adultes. De plus, du fait de la féminisation des professions médicales, la possibilité de disposer à proximité de l'ensemble des services scolaires et universitaires s'avère également être un facteur important dans le choix du lieu d'installation. Enfin, le lieu d'implantation doit offrir de réelles opportunités de travail pour le conjoint* »¹⁶⁹. Les conditions de vie urbaines antérieures appréciées incitent peu les médecins, une fois en activité, à s'installer dans les zones rurales les moins peuplées et les moins pourvues en services.

¹⁶⁷ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 2008, *Rapport sur l'offre de soins sur le territoire*, Paris, Assemblée Nationale, Rapport d'Information présenté par BERNIER M., p.11-34.

¹⁶⁸ GALLI J., 2002, *Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France*, Paris, in les cahiers de sociologie et de démographie médicale, 42ème année, n°4, 379-394, p. 16.

¹⁶⁹ DESCOURS C., 2003, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Paris, Sénateur Honoraire, Sénat, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, la Documentation Française, p.26.

En écho au vieillissement de la profession (notamment en milieu rural), on est en droit de s'interroger sur l'avenir des déséquilibres de répartition des médecins sur le territoire régional. Car selon l'URCAM Pays de la Loire, certaines zones rurales de la Région, en particulier en Mayenne et en Sarthe, demeurent sous-dotées. Or, les personnes très âgées ainsi que les projections de la dépendance sont très élevées dans ces espaces.

Tableau 22 : Personnes de plus de 55 ans au sein des médecins libéraux (en %)

Loire-Atlantique	23,0
Maine et Loire	26,6
Mayenne	28,6
Sarthe	32,6
Vendée	28,0
Pays de la Loire	25,8

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS - PMSI MCO 2007

c- Un développement de l'offre d'hébergement hétérogène et inégal

En 2003, avec un peu plus de 50 000 places, la Région Pays de la Loire était classée au second rang des taux de lits en établissements pour personnes âgées (186 places pour 1 000 personnes de plus de 65 ans contre 142 à l'échelle nationale). En 2007, le nombre de places des foyers logements, des maisons de retraites, des hébergements temporaires, des structures d'accueil de jour et des soins de longue durée s'élève à plus de 57 000, soit une augmentation de 14 % sur les cinq dernières années. Cependant, il convient d'être prudent et de clarifier la définition des structures d'accueil pour personnes âgées. En effet, au-delà des catégories ci-dessous référencées, on retrouve une multitude de structures que nous appellerons structures d'accueil intermédiaires pour personnes âgées comme les MARPA, les villages retraites, les domiciles collectifs, les domiciles services, les résidences services...

Ces établissements de plus petites tailles bien qu'ils ne soient pas éligibles dans le cadre de la réforme des EHPAD, entrent dans le cadre de l'APA à domicile et s'adressent à des personnes âgées moyennement dépendantes. Par conséquent, il est plus difficile, notamment pour les institutions, de les recenser. C'est donc en complément des données

récoltées auprès de la DRASS Pays de la Loire et des Conseils Généraux sur les établissements « classiques » pour personnes âgées, que nous allons traiter l'accueil en établissement des personnes âgées.

Tableau 23 : L'accueil en établissement des personnes âgées dans les départements de la Loire-Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Vendée

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
Maison de retraite				
nombre établissements	160	123	53	49
nombre de lits	11118	9374	4059	3825
Logement-foyer				
nombre établissements	27	56	21	86
nombre de lits	1361	3404	798	6026
Conventions EHPAD				
nombre établissements	52	106	52	101
nombre de lits	4723	7331	4112	7562
Hébergement Temporaire	290	136	96	122
Accueil de Jour	172	107	29	35
Soins de Longue Durée	2400	1904	291	551

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS – Conseils Généraux 2007

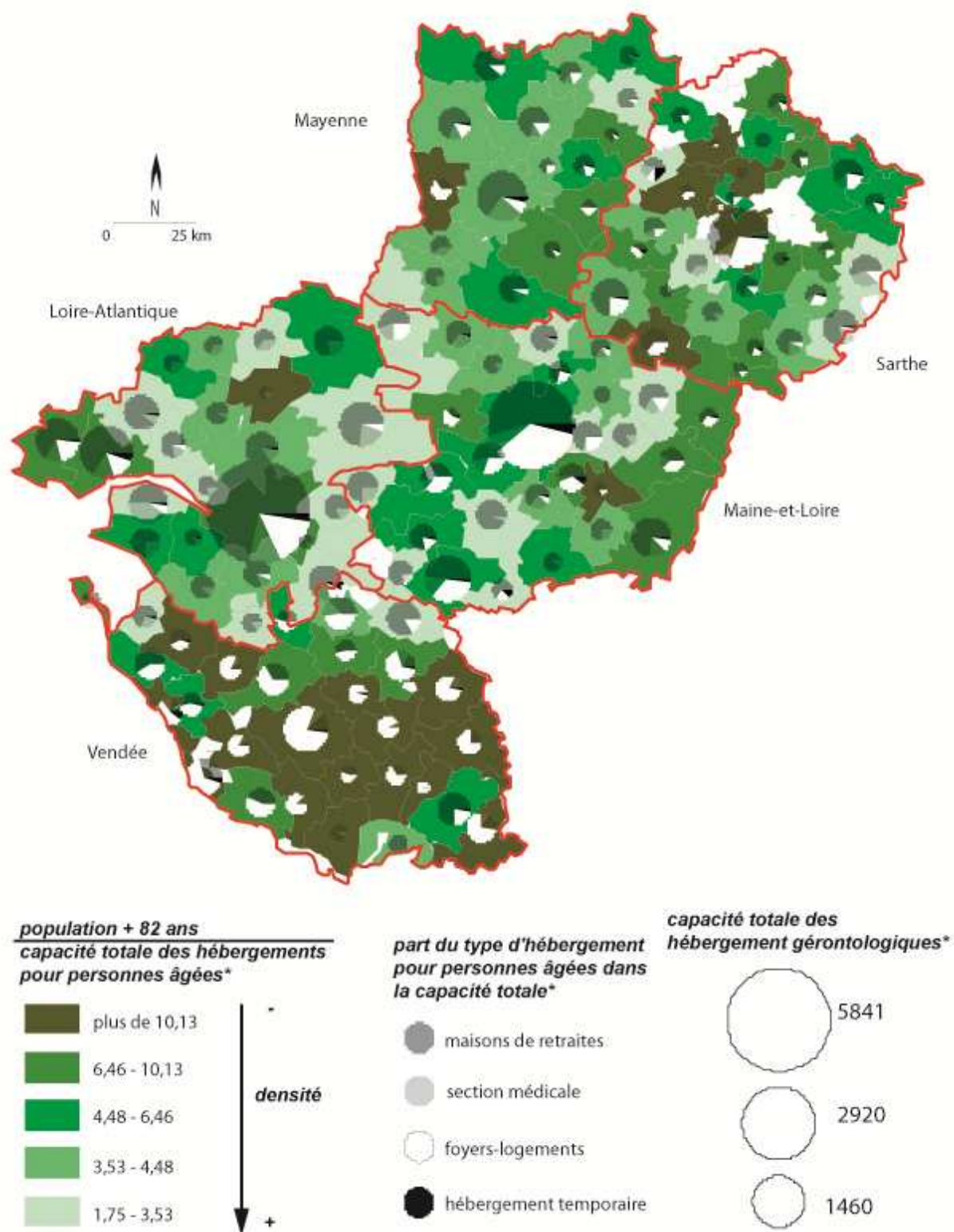
En 2007, c'est la Loire-Atlantique qui présente le nombre de places d'accueil pour personnes âgées le plus élevé (187 établissements pour plus de 15 000 places), talonnée par le Maine et Loire (179 établissements pour un peu moins de 15 000 places) et suivie de la Vendée (135 établissements pour un peu plus de 10 000 places) et de la Mayenne avec 74 établissements pour un peu de 5 000 places. En tenant compte des structures d'accueil intermédiaire des départements, on recense :

- en Loire-Atlantique 10 villages retraites, 5 domiciles collectifs, 6 domiciles services et 8 résidences services, soit entre 650 et 750 places.
- en Anjou 6 résidences services, soit entre 450 et 500 places.
- en Mayenne, 4 MARPA et 1 résidence services soit entre 150 et 200 places.
- en Vendée, 13 MARPA et 4 résidences services (située sur le littoral) soit entre 450 et 550 places.

A l'échelle des échantillons territoriaux d'observation, on constate une plus grande capacité et diversité des établissements en milieu urbain. Les types d'établissements pour personnes âgées sont inégalement représentés sur le territoire régional. De la structuration de l'offre à l'échelle départementale (nombre de lits selon le type sur nombre de lits total pour l'ensemble des établissements), il ressort :

- que les taux d'équipement de maisons de retraites – foyers-logements sont plus élevés dans les départements les moins urbanisés, les plus vieux et les moins dotés en services hospitaliers.
- que les taux d'équipement en maisons de retraites sont inégaux entre et à l'intérieur des départements.
- que les taux d'équipement en foyers-logements sont proportionnellement inverses à ceux des maisons de retraites.
- que les taux d'équipement en Soins de Longue Durée et en accueil intermédiaire sont plus forts dans les départements urbanisés.

Carte 21 : Grand vieillissement et offre d'hébergement pour personnes âgées dans la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS – Conseils Généraux 2007

A l'instar de sa structuration par type, la répartition des établissements gérontologiques suivant les statuts (SARL, associations, public, mutualistes et religieux) nous éclaire sur les dynamiques gérontologiques locales. En 2007, un peu plus de la moitié (51 %) des 730 établissements d'accueil pour personnes âgées sont publics. 31 % sont gérés par des associations, 7,5 % par des entreprises (à but lucratif), 5 % par des mutualités et 3 % par des congrégations. En Loire-Atlantique, la proportion majoritaire des établissements publics est remise en question au profit des établissements mutualistes, associatifs et à but lucratif. Le Maine-et-Loire se rapproche des proportions régionales tandis que la Mayenne et la Vendée, départements ruraux, se démarquent par une forte proportion des établissements publics (avec respectivement 81 et 75 %). Localement, on note une plus grande proportion des établissements privés (mutualistes et entreprises) en Loire-Atlantique, dans les principales agglomérations de la Région (notamment celles d'Angers, du Mans et de Nantes) et dans les intercommunalités littorales de la Baule et des Sables d'Olonne. Enfin, la répartition géographique des établissements gérés par des congrégations religieuses demeure hétérogène.

Tableau 24 : Nombre d'habitants âgés de plus de 82 ans pour une place en établissements selon les départements et le type d'établissement
(plus le ratio est faible plus la densité de lits en établissement est forte)

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
Maison de retraite	7,5	7,5	6,2	6,2	13,1
Logement-foyer	18,3	61,3	17,0	31,8	8,3
EHPAD	8,9	17,7	7,9	6,2	6,6
Soins de longue durée	41,4	34,7	30,3	87,2	90,7
Hébergement temporaire	330,1	287,5	424,5	264,2	409,8
Accueil de jour/nuit	621,5	484,8	539,6	874,5	1428,4
Total accueil	4,6	5,4	3,9	4,8	4,7

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS – Conseils Généraux 2007

Le ratio du nombre de personnes âgées de plus de 82 ans pour une place en établissement pour personnes âgées (plus le ratio est élevé plus l'équipement est faible et inversement), permet d'avoir un bon aperçu du degré d'équipement des territoires par rapport au volume de population âgée.

En 2007, dans la Région Pays de la Loire, on compte 4,6 personnes âgées de plus de 82 ans pour une place en établissements pour personnes âgées. Ce ratio, plus élevé que celui de la France, varie de 3,9 dans le Maine-et-Loire à 5,4 en Loire-Atlantique. Suivant le type d'établissement, les mêmes écarts constatés lors de la présentation de l'offre réapparaissent. La Loire-Atlantique affiche un ratio d'équipement moyen pour les maisons de retraites, et élevé pour les structures temporaires. Le Maine-et-Loire est, à l'exception des structures temporaires, sur-doté par rapport à la Région. La Mayenne présente un ratio supérieur pour les maisons de retraites et faible pour les USLD et l'accueil de jour et de nuit. Enfin, la Vendée présente des ratios faibles pour les maisons de retraites ainsi que les établissements temporaires et les établissements de Soins de Longue Durée. Néanmoins, la lecture de la carte nous amène à aller plus loin que ces constats dans la mesure où l'on constate des ratios inégaux à l'intérieur même des départements.

Dans ce sens, la lecture de la carte sur le grand vieillissement et l'offre d'hébergement pour personnes âgées dans la Région nous montre :

- que les intercommunalités qui présentent **les ratios d'équipement** les plus forts sont situées en périphérie des agglomérations de Nantes, dans l'arrière littoral de la Loire Atlantique, dans l'intérieur du département de la Mayenne, au sud-ouest de la Vendée et sur une majeure partie du territoire rural et urbain du Maine et Loire.
- que les intercommunalités urbaines et rurales de l'ouest de l'Anjou, ainsi que celles du nord et de l'est de la Mayenne et du nord de la Vendée affichent des ratios d'équipement moyens.
- enfin que l'agglomération nantaise, la majeure partie du littoral régional, le bocage vendéen, l'est de l'Anjou ainsi que les intercommunalités rurales de la Sarthe et de la Mayenne présentent des ratios d'équipement inférieurs et très inférieurs à celui de la Région.

En plus des écarts entre départements, la carte fait ressortir des taux d'équipements intercommunaux très hétérogènes à l'intérieur même des départements. Les évaluations entre, les ratios d'équipement et les variables relatives au grand vieillissement ne présentent pas de

liens. Dans ce sens, le rééquilibrage de l'offre constitue invariablement un axe fort des schémas gérontologiques.

Une réforme des EHPAD inégale sur le territoire et décalée

La médicalisation des établissements gérontologiques constitue le cœur d'action des politiques gérontologiques départementales. Complémentaires de l'offre de services et de soins à domicile, les EHPAD et places en Soins de Longue Durée forment la strate supérieure de prise en charge des personnes âgées en établissement (il tend de plus en plus à se développer au sein de ces établissements un accueil spécifique aux pathologies dégénératives ainsi qu'aux situations de décadence physique). Issues des réformes successives de l'accueil en établissement des personnes âgées dépendantes et de la volonté politique de spécialiser la dépendance lourde au sein des établissements conventionnés, les EHPAD représentent de bons indicateurs territoriaux relatifs à la prise en charge des situations de dépendance les plus délicates et les plus techniques.

Le nombre d'établissements et le nombre de lits conventionnés ne suivent pas le vieillissement du territoire. En 2007, la Région Pays de la Loire compte 373 établissements et un peu plus de 27 200 lits conventionnés EHPAD. A cette date, c'est le Maine et Loire qui compte 106 établissements conventionnés, suivi par la Vendée avec 101 établissements, la Mayenne et La Loire-Atlantique ayant le même nombre d'EHPAD. En revanche, en terme de capacité, la Vendée dépasse le Maine-et-Loire avec 7 562 lits contre 7 331. Ils sont suivis de la Loire-Atlantique et de la Mayenne avec 4 723 et 4 112 lits (la Sarthe en compte 3 537 à la même date). Par rapport au vieillissement démographique, les départements de la Mayenne et de la Vendée présentent les ratios les plus petits (donc les taux de places en EHPAD les plus importants) avec respectivement 6,2 et 6,6 personnes de plus de 82 ans pour une place en EHPAD contre 7,9 pour le Maine et Loire et 17,7 pour la Loire-Atlantique. A l'échelle des échantillons d'observation, ce sont les agglomérations de Nantes, de Cholet et l'intercommunalité de Pouzauges qui présentent des ratios supérieurs à la moyenne régionale (11 personnes de plus de 82 ans contre 9 à l'échelle régionale) et sont des zones moyennement équipées et faiblement spécialisées dans l'accueil des personnes âgées dépendantes. L'intercommunalité de Saint Gilles Croix de Vie est proche du ratio régional. En

revanche, les conventions tripartites des établissements des intercommunalités de Mayenne et de Baugé ont été plus nombreuses et débouchent sur des ratios d'EHPAD plus favorables.

Complémentaire de l'accueil en maison de retraite, l'accueil en Soins de Longue Durée (SLD) atténue légèrement les inégalités géographiques des taux d'équipement en EHPAD : les départements présentant un faible taux d'équipement des établissements en EHPAD sont ceux qui sont le plus équipés en places de Soins de Longue Durée et inversement. Néanmoins, à travers le calcul du ratio du nombre de plus de 82 ans pour une place en SLD ou en EHPAD, la prise en compte des capacités en SLD ne remet pas en cause les inégalités relevées pour les EHPAD. Par exemple, la Loire-Atlantique compte presque 12 personnes âgées de plus de 82 ans pour une place en EHPAD ou SLD contre 7,5 pour la Région.

Tableau 25 : Nombre d'habitants âgés de plus 82 ans pour une place en établissements (EHPAD et SLD)

(plus le ratio est faible plus la densité de lits en établissements est forte)

Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée	
7,5	11,7	6,3	5,8	6,2	
					Pays de Saint Gilles Croix de Vie
Nantes Métropole	Agglomération du Choletais	Pays Mayenne	Pays Pouzauges	Canton de Baugé	
8,1	10,6	4,2	9,7	5,5	8,0

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS – Conseils Généraux 2007

Entre les échantillons territoriaux d'observation, les ratios se révèlent également contrastés. Si l'agglomération de Nantes est sous-équipée en EHPAD, elle se singularise par un suréquipement de places en SLD qui rehausse le niveau global d'accueil pour personnes âgées dépendantes. L'agglomération de Cholet, également sous-équipée en EHPAD est également sous-équipée en places en SLD pour personnes âgées. Les intercommunalités de Baugé et de Mayenne, équipées d'un hôpital local et présentant un taux d'équipement en EHPAD élevé, sont également suréquipées en places en SLD. Les intercommunalités de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie, faiblement et moyennement équipées en EHPAD, sont sous équipées en SLD. En somme, la réforme de la tarification des établissements gérontologiques fait apparaître des contrastes entre les départements mais aussi à l'échelle

locale. Ces contrastes sont le fruit des héritages locaux et constituent des axes prioritaires des schémas gérontologiques départementaux.

L'évolution du nombre d'établissements gérontologiques et de la progression de la réforme des EHPAD nous éclaire sur l'origine des déséquilibres géographiques de l'accueil des personnes âgées dans la Région. Entre 2003 et 2007, le nombre de lits médicalisés sur l'ensemble des établissements gérontologiques de la Région a augmenté de 9,6 %.

Tableau 26 : Croissance du nombre de lits en établissements pour personnes âgées entre 2003 et 2007(en %)

En %	Pays de la				
	Loire	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
Maison de retraite	11,3	5,3	9,8	19,3	27,4
Logement-foyer	4,6	0	1,1	10,1	5,2
Conventions EHPAD	116,5	45	189	121,4	127,3
Soins de Longue Durée	24,9	24,4	121,6	-51,3	-0,19
Total établissements	9,6	4,7	15,1	7,9	10,4

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS – Conseils Généraux 2007

Si l'évolution du nombre de lits en établissements pour personnes âgées a été positive pour tous les départements de la Région, elle n'a, en revanche, pas connu le même rythme et, a par conséquent été inégale entre et à l'intérieur même des départements. La croissance a été la plus faible en en Loire-Atlantique (4,7 %), inférieure à la moyenne en Mayenne (7,9 %), moyenne en Vendée (10,4 %), et très élevée pour le Maine-et-Loire (15,1 %). En plus de ces inégalités, on constate une différence de progression suivant le type d'établissements. Pour le département de la Loire-Atlantique, on observe une croissance faible du nombre de places en maisons de retraites et moyenne en Unité de Soins de Longue Durée entre 2003 et 2007. En dépit d'une forte croissance des structures d'accueil intermédiaires, des résidences services privées et des structures temporaires, l'évolution des places en EHPA n'a pas été suffisante en Loire-Atlantique pour rattraper les inégalités territoriales. Cette croissance a en revanche été très forte (de 10 à 27 % pour les maisons de retraites et de 121 à 189 % pour les EHPAD) en Maine et Loire, Mayenne et en Vendée. Néanmoins, on constate à partir des ratios

d'équipement des échantillons territoriaux que cette évolution n'a pas nivelé les déséquilibres déjà existant entre les départements.

Depuis quelques années, l'évolution des places en établissements gérontologiques a été croissante. Le nombre de personnes très âgées également. En 2003, la DRASS Pays de la Loire, constatait que l'évolution du nombre de places en établissements de la fin des années 1990 à 2003 avait été inférieure à l'évolution du nombre de personnes très âgées : « *La tendance s'est alors inversée le taux d'équipement pour l'hébergement des personnes âgées a régulièrement decru dans tous les départements. Au niveau régional, il est passé de 240 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 1994 à 186 en 2004, soit une baisse de 54 lits* »¹⁷⁰. En revanche, entre 2003 et 2007, ce même taux d'équipement régional a gagné 22 places. Si l'évolution a été positive pour tous les départements elle n'a pas atteint les mêmes niveaux partout : le Maine-et-Loire a gagné entre 2003 et 2007, 31 places en établissements pour les plus de 82 ans, la Vendée 17, la Mayenne 12 et la Loire-Atlantique 3. Pour cette dernière, il est important de préciser, qu'en parallèle une multitude de structures intermédiaires et structures d'accueil privées (non qualifiées en établissements) ont vu le jour, ce qui tempère un peu cette donne. Néanmoins, comme le projette la DRASS Pays de la Loire, en l'état des orientations politiques (transferts des situations de dépendance les plus lourdes vers les établissements) et en dépit de la progression du taux d'équipement, des places supplémentaires sont à créer afin de répondre à moyen terme aux besoins : « *En appliquant les taux d'hébergement par âge constatés en 2003 à la population en 2010, il faudra plus de 62 000 lits soit près de 13 500 lits supplémentaires au niveau régional, soit 27 % de lits en plus avec une forte pression sur les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée (32 %)* »¹⁷¹. Même si une partie des lits a été créée et même si ces hypothèses ne tiennent pas compte de l'amélioration des conditions de vie, des services à domicile et des structures d'accueil intermédiaire et temporaire, il n'en demeure pas moins que les territoires vont, selon leurs retards respectifs, être plus ou moins exposés aux insuffisances de capacité d'accueil des personnes âgées, notamment les plus dépendantes.

¹⁷⁰ DRASS Pays de la Loire, 2006, *L'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées fin 2003*, Nantes, DRASS Pays de la Loire, in Echos des Stats, n°30, p.2.

¹⁷¹ DRASS Pays de la Loire, 2003, *Les structures d'accueil et de prises en charge des personnes âgées dans la région Pays de la Loire* », Nantes, rapport interne, Nantes, p.4.

Au final, on constate que l'accueil gérontologique est inégal entre et à l'intérieur même des départements. Les causes de ces inégalités s'expliquent moins à partir du vieillissement du territoire qu'à travers la gestion politique de la répartition des établissements gérontologiques de l'Etat vers le local. Dans un contexte de croissance des besoins supérieur à celui des places, on peut se demander quelles solutions vont être adoptées par les politiques pour faire face à des situations de dépendance lourdes de plus en plus nombreuses et pour lesquelles les réponses au domicile s'avèrent limitées.

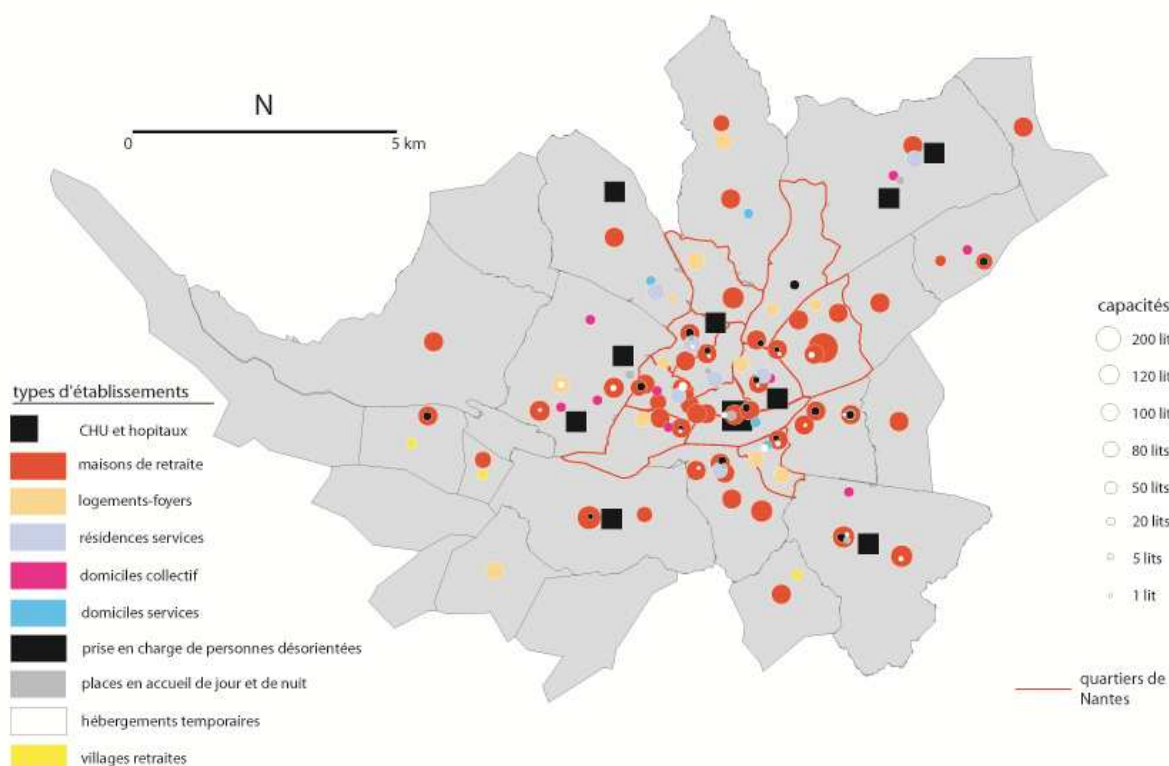
L'accueil des personnes âgées dans l'agglomération de Nantes

En 2007, l'agglomération de Nantes compte 74 établissements gérontologiques. En plus de ces établissements, on compte aussi sur l'agglomération 17 établissements intermédiaires pour personnes âgées (4 domiciles services, 9 domiciles collectif et 5 résidences services). Pour cette intercommunalité urbaine, le taux d'équipement gérontologique (hors structures intermédiaires) est de 178 places en établissements pour les personnes âgées de plus de 82 ans, contre 216 pour la Région Pays de la Loire. En tenant compte des établissements intermédiaires, le taux d'équipement de l'agglomération gagne 17 places, et porte le taux d'équipement à 195. Cependant, Nantes et son agglomération se distinguent par une surconcentration des équipements hospitaliers mais également une surconcentration des professionnels et des services sanitaires et sociaux intervenant au domicile. Face à l'accroissement du nombre de personnes âgées, la problématique politique consiste sur l'agglomération nantaise à accroître et à diversifier l'offre d'établissements gérontologiques dans un contexte de pression foncière élevée.

Les établissements gérontologiques de l'agglomération nantaise présentent une distribution géographique solidaire des densités démographiques. La carte montre bien qu'à mesure que l'on s'éloigne du Centre-ville, la présence d'établissements décroît. Le constat est le même en banlieue, où les établissements sont systématiquement présents dans les communes de la première couronne et sont absents dans les communes de la seconde couronne de banlieue. En se référant à la présence des personnes âgées, les taux d'équipement gérontologiques se révèlent hétérogènes. Le taux d'équipement de l'agglomération nantaise est en moyenne d'un lit pour 5,1 habitants âgés de plus de 82 ans. Ce seuil moyen, inférieur à celui de la Région, est fortement inégal entre les communes de l'agglomération. Il est fortement inégal entre les communes de la seconde couronne de banlieue : dans ce sens, sur

des territoires peu concernés par le grand vieillissement, l'absence d'établissements sur une commune est compensée par la présence d'un ou deux établissements dans la commune voisine. A l'échelle de l'agglomération, cette structuration débouche sur un taux d'équipement gérontologique légèrement supérieur à la moyenne dans la seconde couronne de banlieue avec un lit pour 5,05 personnes très âgées contre 5,15 pour l'agglomération. Avec entre 4,7 et 4,5 personnes très âgées pour un lit, le ratio d'équipement de la première couronne de banlieue est supérieur à celui de l'agglomération et proche de celui de la Région. Néanmoins, on recense des inégalités d'équipement entre les communes de cette couronne de banlieue. Les communes les plus peuplées et les plus denses de la banlieue (Saint-Herblain, Rezé et Saint Sébastien sur Loire) sont celles qui affichent les taux d'équipements les plus faibles, aux alentours de 5,2. A mesure que les densités démographiques diminuent, on constate des taux d'équipements surélevés. C'est particulièrement le cas pour les communes de Bouguenais, Vertou, la Chapelle sur Erdre et Carquefou avec respectivement un ratio de 4,5, 4,1, 2,7 et 3,2 pour un lit. A l'instar des communes de la seconde couronne de banlieue, on note dans le type et le mode de gestion des établissements, une représentation équilibrée entre formule intermédiaire et hébergement classique ($\frac{1}{4}$, $\frac{3}{4}$ des places) et une surreprésentation du secteur privé, notamment mutualiste et associatif (le nombre d'établissements privés à but lucratif étant faible).

Carte 22 : Répartition géographique des établissements gérontologiques dans l'agglomération nantaise



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : CODERPA Loire-Atlantique

A contrario, si la ville de Nantes présente aussi des taux d'équipements inégaux entre les quartiers, elle se différencie de la banlieue grâce à un ratio d'équipement inférieur (de 5,5 personnes âgées pour 1 lit). Entre, les quartiers, on recense de profonds écarts d'équipements allant de moins d'un lit pour un peu plus de 20 personnes très âgées sur l'Ile de Nantes à un peu plus d'un lit pour 3 personnes très âgées (densité élevée) dans le quartier périphérique de Doulon-Bottière. De plus, il n'est pas étonnant de voir que la répartition des établissements suivant le mode de gestion est fonction des variables temporelles : l'associatif et le caritatif sont concentrés en ville tandis que les établissements gérés par les CCAS sont surreprésentés en périphérie de la ville. Depuis 4 ans, la contractualisation territoriale entre le Conseil Général de Loire-Atlantique et l'intercommunalité Nantes s'est traduite par un aménagement co-géré de l'offre d'établissements gérontologiques. Le développement récent de l'offre sur ce territoire s'est opéré sur des bases partenariales avec le secteur privé (mutualité retraite, offices HLM, entreprises...). Selon les opportunités foncières, 4 établissements gérontologiques croisant des financements publics et privés se sont implantés dans

l'agglomération nantaise. C'est ce mode opératoire que l'intercommunalité de Nantes a décidé de rehausser son parc gérontologique.

d- Une répartition clivée des services médico-sociaux au domicile

En 2006, la DRASS Pays de la Loire compte un peu moins de 21 500 infirmiers ou infirmières (hors secteur psychiatrique) diplômés d'Etat en activité. Plus du tiers (37 %) résident en Loire-Atlantique, contre un quart en Anjou, 15 % en Sarthe, 13 % en Vendée et 7,6 % en Mayenne. La répartition des infirmières libérales respecte les représentativités démographiques des départements. En revanche, le nombre de lits moyens disponibles en SSIAD est plus élevé en Vendée qu'en Anjou.

Le taux **d'infirmières libérales** suivant les personnes âgées de plus de 82 ans présente de fortes inégalités géographiques entre les départements mais également à l'intérieur même des départements. A l'échelle des Pays de la Loire, on compte une infirmière libérale pour 149 personnes âgées de plus de 82 ans. C'est en Loire-Atlantique qu'on compte le taux d'infirmières le plus élevé. Ce département est suivi du Maine-et-Loire et de la Mayenne, avec un taux supérieur à celui de la Région, et de la Vendée et de la Sarthe avec des taux respectivement inférieur et très inférieur (161 et 208). La situation entre les intercommunalités montre que les situations sont loin d'être homogènes au sein même des départements et qu'elles ne suivent pas les proportions de personnes âgées dans la population totale. Ce double constat se traduit par :

- des densités de libéraux plus fortes sur le littoral (intercommunalité de Saint Gilles Croix de Vie), sur une majeure partie de la Vendée et du Maine-et-Loire et sur l'ensemble des intercommunalités urbaines et périurbaines de la Région.
- des densités plus faibles au nord de l'Anjou (y compris le Baugeois avec 4,2), aux limites sud et nord de la Vendée, pour la plupart des intercommunalités sarthoises et pour l'est et l'ouest de la Mayenne.

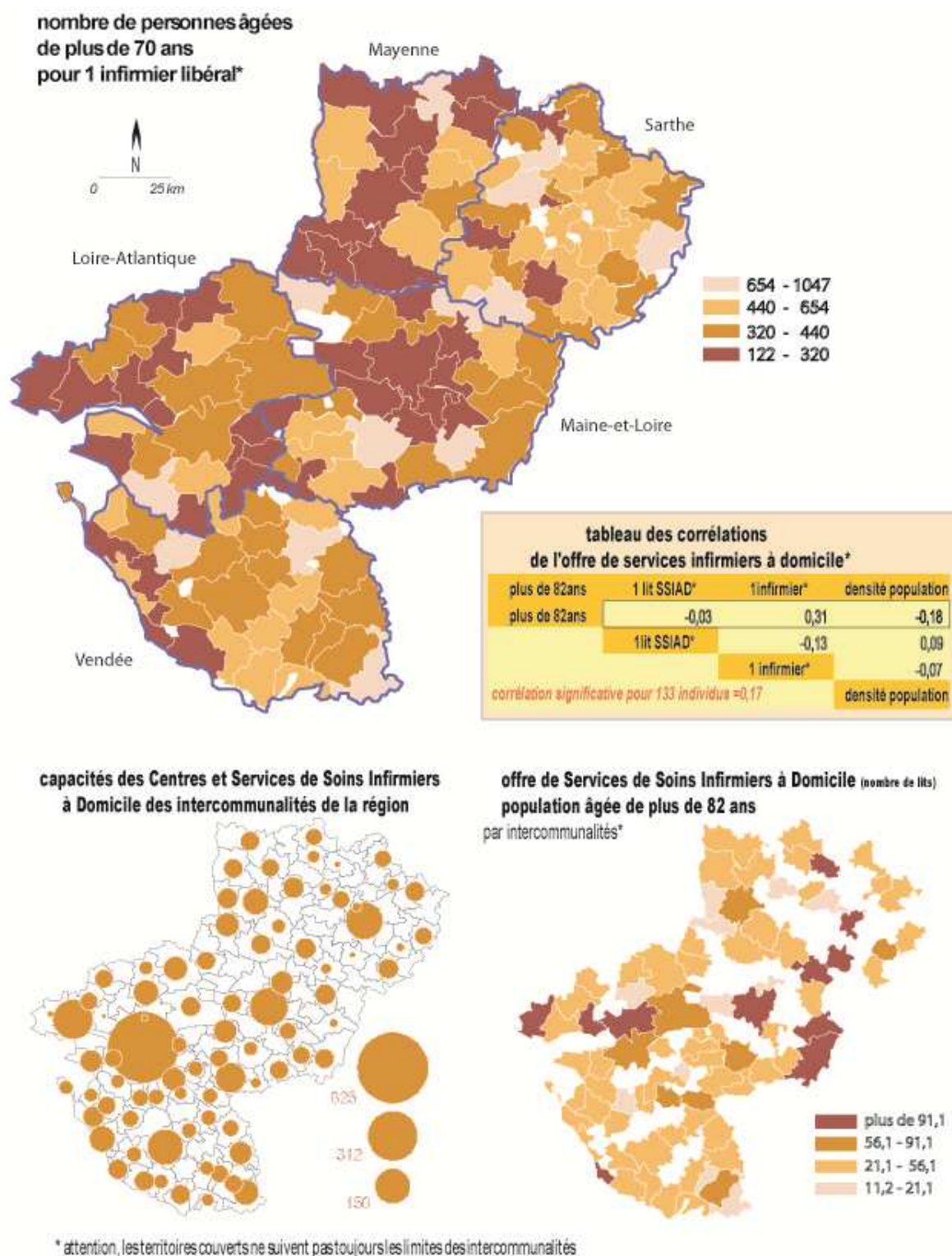
Tableau 27 : Présence inégale des infirmières libérales et des SSIAD dans la Région Pays de la Loire

	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre						
plus de 82 ans	282653	89406	61177	27160	49830	55080
infirmières libérales	1888	664	447	192	241	344
SSIAD + centres infirmiers	4844	1512	963	488	855	1026
Nombre de plus de 82 ans pour un(e)						
infirmière libérale	149	135	136	140	208	161
lit SSIAD + centres infirmiers	58,3	59,2	53,7	55,9	58,5	53,6

(plus le ratio est faible plus la densité de lits en établissements est forte)

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRASS Pays de la Loire 2007

Carte 23 : Offre de services d'infirmiers domicile et grand vieillissement dans la Région Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : CODERPA Loire-Atlantique

Assujettie aux découpages administratifs, l'analyse de la structuration géographique des SSIAD n'offre pas les mêmes garanties de lecture que celle des infirmières libérales. En effet, découpés par l'administration et productions héritées, les territoires des SSIAD varient d'un contexte local à l'autre et s'alignent rarement sur les découpages intercommunaux. Administrés à l'échelle départementale, il est seulement possible d'établir des comparaisons d'équipements de SSIAD fiables à cette échelle. En 2007, on compte un lit pour 61,7 personnes âgées de plus de 82 ans. Au niveau des départements, le taux d'équipement est le plus faible en Sarthe (53,7 plus de 82 ans pour un lit), département le moins pourvu en infirmières libérales, légèrement inférieur en Anjou, moyen en Loire-Atlantique et élevé dans les départements les moins urbanisés et les plus vieillissants, la Mayenne et la Vendée.

Comme le tableau des corrélations ci-joint à la carte le montre, le taux de lits des SSIAD et la présence des infirmières libérales ne sont pas corrélés au vieillissement du territoire. L'absence de corrélation avec les densités démographiques (population totale et populations âgées), avec la répartition des établissements d'accueil pour personnes âgées et des médecins généralistes et spécialistes est également observée. Du fait de cadres de régulation différents, il n'est pas possible à l'échelle des intercommunalités de faire une synthèse de l'offre de soins médico-sociaux au domicile des populations âgées.

Une offre croissante d'infirmières libérales et de SSIAD sur le territoire

En 2004, selon les données de la DRASS Pays de la Loire, la proportion d'infirmiers libéraux de la région Pays de la Loire présentait un profond retard par rapport au pays : on comptait 66 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants dans la Région contre 102 à l'échelle nationale¹⁷². D'après l'étude ce retard est en partie dû à l'évolution positive mais moins forte du nombre d'infirmières libérales dans la Région entre 1996 et 2004. Durant cette période, l'évolution totale a été de 7,8 % pour la Région contre un peu moins du double à l'échelle du pays¹⁷³. Néanmoins, les bases de données de l'URCAM ne sont pas suffisamment fines géographiquement pour rendre état de l'évolution de la densité des infirmières libérales sur le

¹⁷² URCAM Pays de la Loire, 2004, *Les dépenses de santé des régimes de l'assurance maladie en 2004*, Nantes, URCAM Pays de la Loire, CRAM Pays de la Loire, p.6.

¹⁷³ BERTRAND D., 2010, *Les services de soins infirmiers en 2008*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°739, p.1-8.

territoire. Cette demande est recevable pour les SSIAD. Selon l'étude de 2007 de l'URCAM Pays de la Loire menée sur les SSIAD¹⁷⁴, on apprend qu'entre 2000 et 2006, le nombre de lits autorisés et financés a progressé de 27 % sur la Région. Les statistiques montrent une volonté d'équilibrer l'offre en faveur des départements les moins pourvus. De fait, c'est la Sarthe qui a connu la plus forte progression (41 %), suivie du Maine et Loire (39 %), de la Mayenne (30 %), de la Loire-Atlantique (23 %) et de la Vendée (12 %). Dans une Région mieux dotée que l'ensemble du Pays, l'évolution du nombre de lits en SSIAD s'est traduite par la volonté de rééquilibrer l'offre en fonction du vieillissement du territoire et de conforter les découpages historiques des services infirmiers.

e- Une structuration géographique des services d'aide à domicile en trompe l'œil

Dans le cadre de notre travail sur l'offre de services au domicile des personnes âgées, il a été choisi de se référer à l'agrément qualité (délivré par la DRETFP) comme élément d'analyse. Au premier janvier 2007, on compte entre 370 et 395 organismes agréés qualité travaillant auprès des personnes âgées. D'emblée, on remarque une très forte représentation des associations comme mode de gestion. En 2007, les associations composent un peu plus de 80 % des organismes agréés contre respectivement 12 et 8 % pour les CCAS et services communaux et les entreprises. Cette structuration de l'offre de services à domicile suivant le mode de gestion s'observe pour tous les départements de la Région à l'exception de la Loire-Atlantique. Pour ce département, plus de la moitié des structures agréées qualité est gérée publiquement.

Tableau 28 : Modes de gestion des services d'aide à domicile agréés dans les départements de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Vendée

	CCAS ou			
	Associations	communes	entreprises	Total
Loire-Atlantique	26	21	12	59
Maine et Loire	86	4	4	94
Mayenne	----	----	----	----
Vendée	90	7	6	103

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : DRETFP Pays de la Loire

¹⁷⁴URCAM Pays de la Loire, 2007, *Les Services de Soins Infirmiers à Domicile en Pays de la Loire : Moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement*, Nantes, URCAM Pays de la Loire, CRAM Pays de la Loire, p.1.

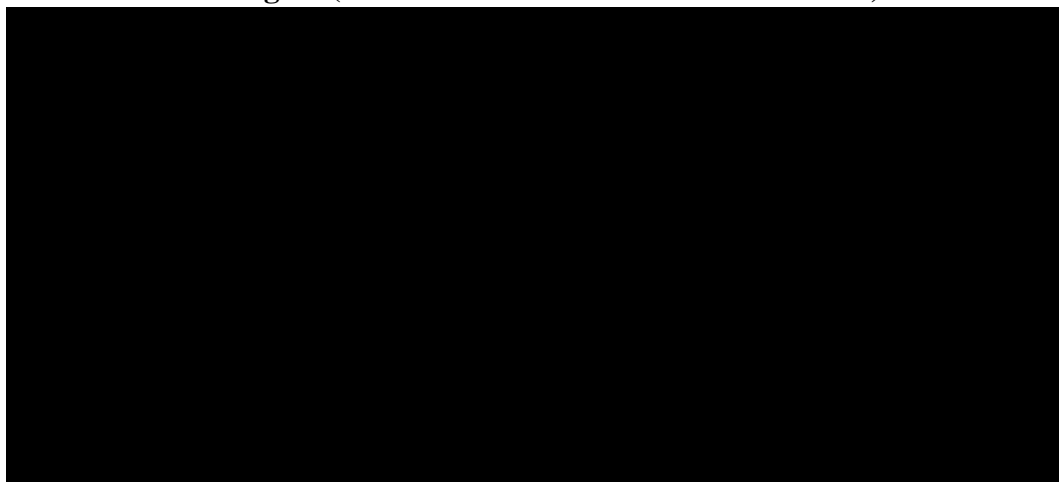
La structuration actuelle des modes de gestion est le fruit de l'histoire de l'aide familiale, des choix politiques locaux et d'une libéralisation récente des activités d'aide au domicile. En conséquence, la répartition des services d'aide à domicile suivant les modes de gestion est clivée géographiquement. En milieu rural, l'implantation historique des associations ADMR et de leurs modes de gestion basés sur le bénévolat en font les acteurs gérontologiques incontournables. En complément, on retrouve parfois dans les pôles ruraux quelques services gérés publiquement. Si, du fait de leurs histoires, les associations y demeurent très présentes, on observe en milieu urbain et sur le littoral (même s'il existe des nuances suivant le degré d'urbanisation) une présence plus forte et récente des services gérés par des CCAS et par des entreprises.

Au-delà des modes de gestion, on observe que la structuration spatiale des services est solidaire des densités démographiques. Si ces services sont nombreux et concentrés en milieu urbain, ils sont répartis de manière homogène dans les zones rurales de la Vendée, de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire et de l'ouest de la Mayenne (avec une couverture qui oscille entre 4 à 8 communes). Ramenée à la population âgée, la répartition des services d'aide à domicile met en évidence des inégalités de densité. Selon l'Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire des Pays de la Loire¹⁷⁵, c'est en Vendée, dans les zones d'emplois nantaises, choletaises et mayennaises que l'on dénombre les densités les plus élevées de services d'aide à domicile, avec un organisme agréé de service aux personnes pour moins de 2 500 habitants de plus de 65 ans. Les zones d'emplois sarthoises, de l'agglomération angevine et du littoral de la Loire-Atlantique présentent, quant à elles, des densités plus faibles avec un organisme pour plus de 4 000 habitants.

A l'échelle des échantillons d'observation, les zones de concentration des organismes d'aide à domicile sont celles où les densités de services sont les plus faibles. Concentration n'est pas synonyme densité élevée : la densité de services s'avère plus forte en milieu rural tandis que celle en milieu urbain, en dépit de sa concentration, s'avère plus modérée.

¹⁷⁵ BIOTEAU E., FLEURET S., PIERRE G., 2007, *Un Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans les Pays-de-la-Loire. Pour quoi faire et comment ?*, Angers, programme ESSTER, p.6.

Figure 21 : Nombre d'habitants âgés de plus de 65 ans pour un service d'aide à domicile agréé (échantillons territoriaux d'observation)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008. Source : recherches personnelles.

f- Une offre de services de proximité inégale sur le territoire

Les services de portage de repas

La Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRETFP) recense 326 services de portage de repas dans la Région en 2007. Néanmoins, les bases de données de la DRTEFP englobent tous les services, dont ceux destinés aux entreprises ou aux scolaires. Cette non distinction rend difficile une analyse gérontologique.

A l'échelle des échantillons d'observations, il ressort des inégalités géographiques d'implantation mais aussi des singularités géographiques selon les modes de gestion. Si les structures publiques, associatives et lucratives cohabitent dans les agglomérations de Nantes et de Cholet, les échantillons ruraux d'observation n'accueillent qu'un service le plus souvent associatif ou public. Il a été observé sur l'agglomération nantaise une hétérogénéité des modes de gestion avec cinq structures communales, une association et cinq entreprises. A l'exception d'une association localisée à Bouaye dont le rayon d'action s'étend sur le sud de l'agglomération et du département, tous les autres services sont localisés sur Nantes (un tiers)

et dans les communes les plus peuplées de la banlieue nantaise. Cette concentration de services en milieu urbain s'explique à travers les créations de services menées dans les années 1990 par les CCAS des communes les plus peuplées de l'agglomération. En parallèle, l'implantation d'entreprises de portage de repas dans les années 2000 s'est faite, pour des raisons foncières, dans les communes du nord de la première couronne de banlieue (Saint-Herblain, la Chapelle sur Erdre et Carquefou). L'association qui couvre l'intercommunalité de Saint-Gilles Croix de Vie (littoral Vendéen) est issue d'une volonté politique locale (l'ancien Directeur de cette association est également le maire de Saint Gilles Croix de Vie). Les échantillons ruraux d'observation ne possèdent qu'un seul service de portage de repas à destination des personnes âgées gérés par une association (Saint-Gilles Croix de Vie) ou par une intercommunalité (Pouzauges, Baugé et Mayenne). Néanmoins, ces services limités en place, sont complétés par des activités informelles : les observations de terrain ont démontré la distribution communale de repas à l'aide des cuisines collectives des foyers-logements et des maisons de retraites (situation relevée deux fois sur les intercommunalités de Pouzauges et de Mayenne).

Les services de transports spécifiques à destination des personnes âgées

Selon le rapport de la DATAR, du DTT et de l'ADEME sur le transport à la demande en milieu rural¹⁷⁶, les initiatives qui s'adressent aux besoins de mobilité et d'accès des personnes âgées ont débouché :

- sur une structuration et une couverture inégale de l'offre de transports sur l'ensemble du territoire régional, entre milieu urbain, milieu rural équipé et milieu rural non doté de service de transport.
- sur une réglementation limitée et contraignante qui désavantage clairement les espaces les moins peuplés.

Ce sont les Conseils Généraux, les intercommunalités et les communes qui, à travers le caractère local de la demande et des besoins, se sont appropriés la question et la gestion de ces

¹⁷⁶ DATAR, 2004, *Services à la demande et transports innovant en milieu rural : de l'inventaire à la valorisation des expériences*, Clermont-Ferrand-Grenoble, DATAR, DTT, ADEME, p.3.

services. En conséquence, la structuration des dispositifs de mobilité et de transports aux personnes âgées s'est articulée sur deux niveaux, l'échelle locale et l'échelle départementale. C'est dans un contexte d'articulation entre milieu urbain et milieu rural et d'adaptation aux besoins des populations que se sont développés les services de transports collectifs. La résolution de cette équation complexe a été suivie de réponses politiques et territoriales différentes sur la Région.

En premier lieu, les différences sont visibles entre les départements urbanisés et ruraux. Une première dissociation entre réseaux de transports permanents et transports à la demande apparaît entre les départements. En plus des réseaux urbains et des lignes fixes reliant les pôles ruraux et urbains, les départements de la Loire-Atlantique, de la Mayenne et de la Vendée mettent à disposition des populations rurales différentes formules de transport à la demande. Les départements du Maine-et-Loire et de la Sarthe ne disposent que de lignes de transports permanentes. Si les lignes permanentes de transports présentent la même structuration, communes rurales-pôles ruraux- sous-préfectures, les services de transport à la demande sont en revanche plus flexibles. Par la délivrance de chèque-taxis (suivant le plafond de ressource) et à travers le soutien aux associations et aux entreprises locales de transports à la demande, le Conseil Général de la Vendée a choisi de s'appuyer sur différents partenaires privés pour répondre aux besoins de mobilité locale des populations âgées. A travers, « Petit Pégase » et « Lila », la Mayenne et la Loire-Atlantique ont fait le choix d'une gestion publique et d'une sectorisation géographique des transports à la demande. Ces deux services de transports à la demande s'adressent à tous et complètent la mobilité des lignes de transport grâce à la possibilité de choisir son trajet sur un secteur géographique donné (plusieurs cantons dans la plupart du temps).

A l'échelle locale, les observations de terrain sur les échantillons ruraux attestent de l'existence de réponses informelles de transport en faveur des personnes âgées. Les lignes de transports permanentes répondent en partie aux besoins des personnes âgées : les arrêts, le plus souvent situés dans les bourgs, ne pénètrent pas l'exhaustivité des communes rurales. De fait, les populations excentrées des arrêts et ne disposant pas de véhicules se retrouvent discriminées. Face à ces inégalités d'accès, les acteurs et les établissements gérontologiques apportent des réponses comme le développement d'un service de transport à la demande intercommunal, la location ponctuelle de minibus lors de grands événements, l'emprunt des navettes des établissements, le bénévolat... C'est la cas sur la Communauté de Communes du

Canton de Baugé, où le Centre Social de Baugé est à l'origine d'un réseau de bénévoles assurant, dans la mesure du possible, les demandes de mobilité des personnes âgées (l'accent étant mis sur les sorties de sociabilité : commerces, marché, manifestations, amitiés...). Autre exemple, quelques municipalités de l'intercommunalités de Pouzauges utilisent les navettes de transports des établissements gérontologiques publics, pour subvenir occasionnellement aux demandes de mobilité des personnes âgées.

En milieu urbain, l'existence de réseaux de transports collectifs a permis une plus grande réactivité des réponses à destination des publics en perte d'autonomie. En parallèle, des efforts d'adaptation (ergonomie) et de tarification des bus et des tramways, les politiques ont incité dès le début des années 1990 à la création de services de transports spécifiques. Cependant, au contraire des transports à la demande en milieu rural, les principaux services de transports à la demande des agglomérations ont ciblé leurs actions à destination des personnes présentant de fortes incapacités. Sous conditions médicales et de ressources, l'accès aux services « Proxitan » de l'agglomération nantaise et « TPMR » de l'agglomération choletaise permet de satisfaire les besoins et les demandes de mobilité des personnes âgées. Sur l'Agglomération du choletais, le service « **TPMR** » présente des tarifs avantageux (1,3 à 2,3 euros le ticket) lors de l'appel à un taxi ou une navette collective adaptée. Sur l'agglomération nantaise, en plus des tarifs spéciaux « Pass Diamant », les services sont constitués de minibus adaptés aux demandes des personnes âgées. L'accès à ces navettes est soumis à justification médicale demeure, pour les besoins des populations âgées, centré sur des critères sanitaires. Ces dispositifs s'avèrent insuffisants étant donné qu'il existe localement différents réseaux de transports municipaux ou associatifs qui pallient l'absence de transports à la demande pour les personnes âgées et valides. C'est le cas dans diverses communes de la banlieue nantaise (Saint Sébastien sur Loire, Couëron, Bouaye, Sautron et Orvault) où les offices ou clubs de retraités et les établissements, appuyés par les municipalités, organisent des transports collectifs.

g- L'offre de services auprès des personnes âgées en situation de fragilité économique

Les personnes âgées ne constituent pas en proportion le public le plus exposé aux situations de pauvreté et de précarité. Néanmoins, les acteurs qui aident ce type de public sont nombreux et hétérogènes. Les modes d'intervention auprès des personnes âgées sont partagés entre dispositifs directs et indirects. Pour les modes d'intervention indirects, la prise en compte des faibles ressources se traduit par des réductions tarifaires dans l'accès aux services et établissements gérontologiques. Ces compensations concernent les tarifs des services d'aide à domicile, des services de portage de repas, des services de transports à la demande, les tarifs en établissement (habilitation aide sociale)... Les aides directes, que nous retiendrons pour l'étude, comprennent le minimum vieillesse, l'aide sociale légale et facultative des CCAS ainsi que les aides alimentaires, sociales et humaines des associations et organisations caritatives.

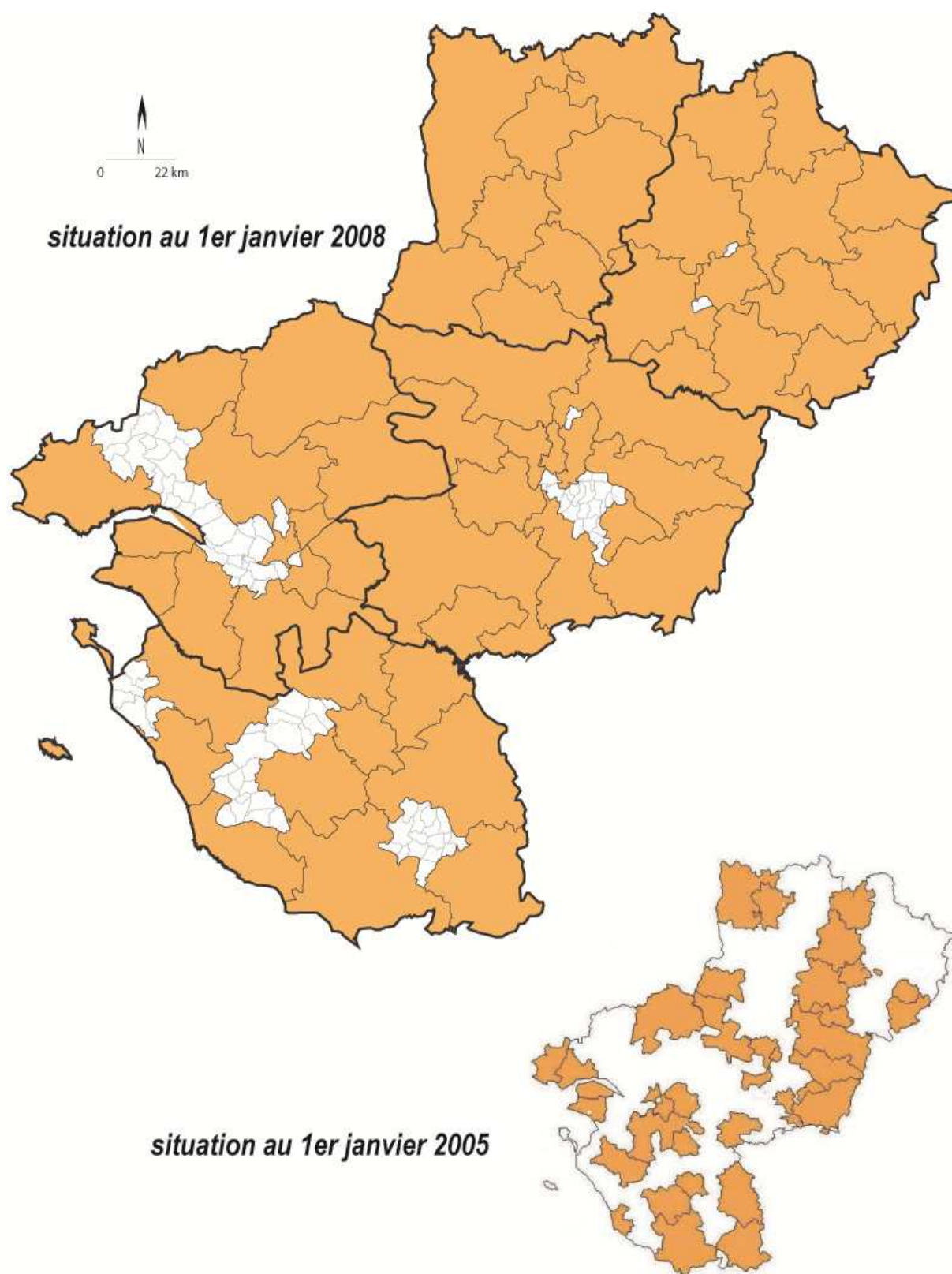
Sur le plan politique et géographique, les **aides publiques** sont organisées à trois échelles : à l'échelle nationale avec le minimum vieillesse (ASPA), à l'échelle départementale avec l'aide sociale à l'hébergement en établissement et, à l'échelle locale avec l'aide des Centres Communaux d'Action Sociale (juridiquement libres et variables mais qui se traduisent par le paiement de factures liées au logement, des bons d'achat alimentaire, vestimentaire, l'organisation d'événements de convivialité selon la politique communale...). Ces derniers sont complétés par les aides des **associations locales** (distribution alimentaire, vestimentaire, sociabilité...).

Il n'a malheureusement pas été possible de recenser l'ensemble de ces dispositifs dans le cadre de notre étude. C'est la raison pour laquelle, au niveau des échantillons locaux d'observation, nous aborderons uniquement ces acteurs sous l'angle des interactions avec les personnes âgées.

h- Inégalités des couvertures territoriales des CLIC

En 2007, la région Pays de la Loire compte 53 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) : 13 en Loire-Atlantique, 10 en Maine-et-Loire, 8 en Mayenne, 14 en Sarthe et 10 en Vendée. Deux années auparavant, la région en comptait 16 de moins. En l'espace de deux années, les CLIC ont peu à peu maillé les départements régionaux (+ 3 pour la Loire-Atlantique, + 5 pour la Mayenne, + 7 pour la Sarthe et + 3 pour la Vendée). La totalité des plus de 65 ans de la Mayenne est couverte par un CLIC. Les taux de couverture sont également très élevés en Sarthe, Maine-et-Loire et en Vendée avec respectivement 96, 92 et 87 % des habitants de plus de 65 ans couverts par une instance gérontologique d'information et de coordination. Le département le moins couvert est la Loire-Atlantique, où les CLIC, couvrent un peu plus des deux tiers des habitants âgés de plus de 65 ans. Le retard constaté en Loire-Atlantique s'explique par une volonté politique et des acteurs locaux de la banlieue sud et ouest de l'agglomération nantaise de ne pas se doter d'un CLIC. Selon eux, les services gérontologiques font preuve d'une bonne coordination locale. Sur les autres départements, l'absence de ces outils territoriaux est le fruit de désaccords locaux.

**Carte 24 : Evolution de la couverture territoriale des CLIC (2004-2008) dans la Région
Pays de la Loire**



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Face à la multiplication locale de l'offre, les professionnels et les collectivités ont rapidement vu la nécessité de développer des formes de coordination. Sur les échantillons territoriaux, c'est le cas des CLIC de Mayenne, de Baugé, de Pouzauges et de Nantes, qui dès le milieu des années 1990, ont répondu à la nécessité de coordonner les interventions. Sur ces territoires, le secteur hospitalier est à l'origine de ces CLIC. Afin de faire face à une demande grandissante des personnes âgées, les hôpitaux locaux ont développé des outils de coordination centrés sur les sorties d'hôpital. Les CLIC plus récents des intercommunalités de Saint Gilles Croix de Vie, de Carquefou et de Vertou sont le fruit de volonté politique locale. Pour celui de Saint-Gilles Croix de Vie, la création du CLIC fait suite à la volonté de l'hôpital de Saint Gilles Croix de Vie et du Maire de Saint Gilles Croix de Vie de développer un CLIC sur le territoire cantonal. Sur les Cantons de Carquefou et de Vertou, cette création relève davantage de la volonté du Conseil Général et des communes d'octroyer aux aînés et aux familles un guichet d'informations.

Suivant le type d'espace, la couverture territoriale des CLIC varie. Deux facteurs interviennent dans le découpage territorial des CLIC : les frontières cantonales ou intercommunales et la densité démographique. Pour les espaces les plus denses, la couverture territoriale tend à limiter le nombre de communes couvertes. C'est le cas du CLIC Nantes Entour'age qui ne couvre qu'une seule commune. Plus généralement les agglomérations ont compris que la nécessité d'un CLIC ne se limitait pas à la seule ville-mère et ont donc décidé de calquer la couverture du CLIC sur les limites de l'intercommunalité urbaine (Angers, La Roche sur Yon, Cholet...). Sur ces territoires, les CLIC, en plus de leur localisation en Centre-ville, assurent des permanences dans différents quartiers.

A mesure que la densité s'amointrit, les limites des CLIC s'élargissent et couvrent généralement des Cantons ou des Intercommunalités. En raison du financement et de la tutelle des Conseils Généraux, les territoires d'actions des CLIC sont alignés sur les maillages cantonaux : c'est notamment le cas du CLIC Mer et Vie (Canton de Saint Gilles Croix de Vie), du CLIC Villes Vill'ages (Canton de Vertou), du CLIC May'âge (Canton de Mayenne) et du CLIC Loire et Erdre (Canton de Carquefou). Sur ces territoires, en plus du lieu d'accueil permanent sur la commune la plus peuplée, des permanences tournantes sont assurées dans les locaux municipaux des communes voisines. Enfin, le CLIC du Nord-Anjou (Baugé) et le CLIC Est-Vendée (Pouzauges) couvrent plusieurs intercommunalités et œuvrent à l'échelle

des Pays : Pays des Vallées d'Anjou pour le CLIC du Baugeois et Pays de Pouzauges pour le CLIC Est-Vendée. En conséquence, le CLIC Est-Vendée, localisé sur la Châtaigneraie, assure des permanences au sein des villes rurales de Chantonay et de Pouzauges. Pour le CLIC du Baugeois, le siège du CLIC est situé de manière excentrée sur Baugé. Afin de rééquilibrer le champ d'action du CLIC, il existe une antenne du CLIC sur Noyant et un partage du territoire entre ces deux sièges.

Institués au début des années 2000 par l'Etat, les CLIC se sont inégalement développés sur le territoire. Soumis aux politiques locales plus ou moins investies et, aux Conseils Généraux soucieux de couvrir l'ensemble de leurs territoires, la structuration géographique des CLIC est hétérogène et interroge sur sa continuité territoriale.

2- Au final, une offre gérontologique inégale et déstructurée sur le territoire

a- Des cadres de régulation distincts sources d'inégalités

Comme cela vient d'être présenté, la structuration géographique de l'offre gérontologique se singularise par ses inégalités et son développement hétérogène. L'action gérontologique est entrecoupée sectoriellement et politiquement. De cette segmentation, il ressort que la gestion de l'offre est sujette à des enjeux de pouvoir dans lesquels les institutions font valoir une multitude de critères (administratifs, sectoriels, géographiques, historiques, économiques, politiques...). Il en découle la cohabitation de plusieurs méthodes et cadres de régulation. Cette cohabitation est source d'inégalités géographiques à plusieurs titres :

- les **établissements hospitaliers** s'alignent de plus en plus sur des critères de rentabilité économique. Ainsi, ils ont adopté une posture hiérarchisée de l'offre selon le degré de spécialisation. Dans ce schéma, les villes les plus importantes de la Région accueillent les établissements les plus spécialisés et les pôles ruraux, les établissements les moins spécialisés (les filières gériatriques).
- exerçant dans un cadre libéral, la **médecine libérale** est solidaire des densités démographiques pour des raisons économiques mais aussi socio-spatiales. Il en découle de fortes inégalités géographiques de répartition et la création de déserts médicaux aux frontières rurales de la Région.
- sous la tutelle de l'Etat, les **SSIAD** ne présentent aucune forme de structuration géographique. Au contraire, comme l'avoue l'Inspecteur aux affaires sanitaires et sociales de la DDASS Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux, « La répartition des SSIAD est anarchique, suivant les implications locales. La carte que vous voyez repose surtout sur des critères locaux et historiques ».
- le constat est le même pour les **établissements d'accueil** dont la répartition inégale est le fruit d'héritages et d'une multiplication locale de l'offre. Néanmoins, la médicalisation est de plus en plus soumise à des logiques de planification partagée

entre les Conseils Généraux et l'Etat, qui vont dans le sens d'un rééquilibrage de l'offre entre et à l'intérieur des départements.

- au niveau de **l'aide à domicile**, les Conseils Généraux et les caisses de retraites utilisent la surconcentration des services en milieu urbain, accompagnent les associations et les CCAS dans les zones les moins denses et les moins rentables. On retrouve une répartition inégale et clivée de l'offre de services d'aide à domicile sur le territoire : entre surconcentration en milieu urbain et sur le littoral et répartition associative et publique homogène en milieu rural.
- la répartition inégale des **services de proximité** est, de son côté, le fruit d'initiatives politiques locales qui s'investissent inégalement sur le champ des personnes âgées. Enfin, l'hétérogénéité des CLIC obéit à la fois à la volonté des Conseils Généraux de mailler exhaustivement le territoire et à la volonté inégale des communes et des intercommunalités de développer et de financer cet outil.

Figure 22 : Structuration de l'offre gérontologique et cadres de régulation territoriale

	ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS	PROFESSIONS MEDICALES	SSIAD	EHPA(D)	SAD	SAP	CLIC
REPARTITIONS INTER- DEPARTEMENTALE	<i>inégalités</i>						
INFRA- DEPARTEMENTALE							
CADRES DE REGULATION TERRITORIALE	planifié et administratif	libéral	planifié et administratif	planifié administratif	planifié et libéral	politiques locales	planifié et local
CRITERES DE REPARTITION	- administratif - historique - hiérarchique	- densité démographique	- administratif - historique	- administratif - historique	- politique - densité - historique	- politique	- politico administratif

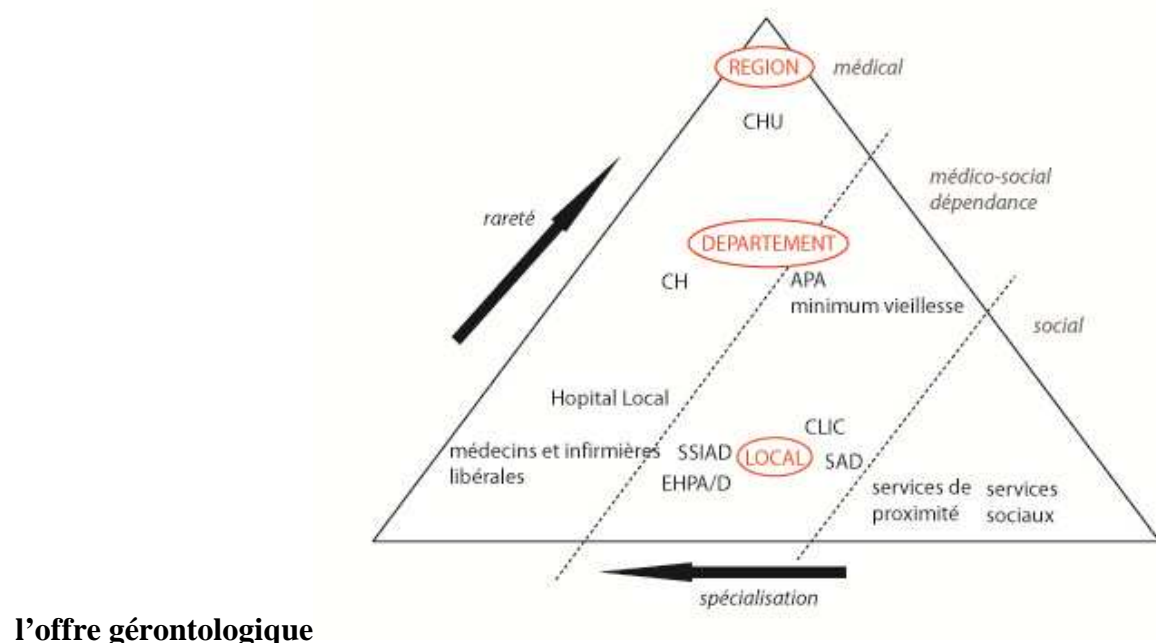
réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

A l'exception de l'aide à domicile en milieu rural, l'offre gérontologique présente des déséquilibres de répartition géographique. Il ressort de ces inégalités superposées, une tendance à la spécialisation géographique de l'offre : concentration de l'offre sociale, technique et libérale en milieu urbain et, surreprésentation des structures d'accueil et des modes de gestion associative et publique en milieu rural. Avant de voir, dans les chapitres suivants, les effets de ces inégalités sur les demandes et les besoins des personnes âgées, il est important de rappeler que la cohabitation des cadres de régulation gérontologique a également pour effet de multiplier et de disperser géographiquement l'offre.

b- Un développement sectoriel source de dispersion géographique

La régulation sur le territoire de l'offre gérontologique selon les découpages sectoriels a pour effet de structurer l'offre selon sa rareté. L'offre gérontologique se retrouve étirée géographiquement selon sa banalité et sa rareté. Sous cet angle de lecture géographique, l'offre gérontologique se retrouve dispersée.

Figure 23 : Effets de la rareté et de la spécialisation sur la répartition géographique de



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

Au contraire de la planification hospitalière, l'offre médicale libérale s'inscrit dans un double rapport démographique et économique au territoire qui se traduit par une inégalité de l'offre sur le territoire. Cette inégalité engendre un accès inégal suivant la localisation géographique. Sur le champ de la dépendance, les cartographies relatives à l'implantation des services de soins, d'aide à domicile et des établissements montrent des inégalités marquées entre les départements mais aussi entre les intercommunalités. La volonté des politiques d'adapter l'offre aux besoins a eu pour conséquence de multiplier sous un registre sectoriel l'offre. Cette diversification de l'offre a renforcé les inégalités territoriales. Ces inégalités ont eu pour effet de multiplier les échelles d'action et d'accès à l'offre. L'inégalité de répartition des services de proximité et des dispositifs de lutte contre l'isolement et la pauvreté au grand âge renforce cet effet de dispersion. Cette inégalité de répartition tient à la concentration de ce type d'offre en ville et une répartition anarchique en milieu rural suivant les volontés locales.

La segmentation des formes d'intervention entre établissements et domicile, social et médical, social et territorial, se traduit par le développement d'une gamme de plus en plus large d'établissements et de services. En 2008, sur les quatre départements ainsi que sur les 6 échantillons territoriaux d'observation, on ne recense pas moins de 45 dispositifs, services et établissements gérontologiques. De 27 pour l'intercommunalité de Baugé à 45 pour l'intercommunalité de Nantes, l'offre gérontologique est subdivisée à l'extrême. Le cas des établissements médicalisés et non médicalisés est édifiant. Il y a une quinzaine d'années le trinôme USLD-maisons de retraites-logement-foyer était de rigueur. Aujourd'hui, les résidences-services, les villages seniors, les MARPA, les CANTON, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et de nuit, les hébergements pour handicapés vieillissant se sont ajoutés à ce trinôme. De fait, la déclinaison de l'offre gérontologique spécifie l'offre sur le territoire, ce qui, au vu de son inégale répartition géographique, tend à alourdir les dispersions déjà à l'œuvre.

c- Des cadres et des territoires d’actions gérontologiques superposés qui fragilisent la coordination

Traversées par plusieurs secteurs d’intervention, l’action gérontologique est le témoin d’un empilement des strates territoriales d’action. E. BIOTEAU, G. PIERRE et S. FLEURET emploient à ce sujet le terme de « *mille-feuille administratif et sectoriel* »¹⁷⁷.

Tableau 29: Supports et maillages territoriaux d’action des institutions gérontologiques

	cantons	intercommunalité	densité démographique	autres critères
ARH Pays de la Loire			X	X
CG Loire-Atlantique	X			
CG Maine et Loire		X		
CG Mayenne	X			
CG Vendée	X			
MSA Loire-Atlantique	X		X	
MSA Maine et Loire	X			X
MSA Vendée	X		X	
DDASS Loire-Atlantique	X			X
DDASS Maine et Loire	X			X
DDASS Vendée	X			X
CRAM Pays de la Loire			X	

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

A l’échelle institutionnelle, la première superposition distingue le sanitaire et le social. Les territoires de santé définis par l’ARH ne respectent pas les limites départementales. S’ajoutent à ce décalage, des territoires et des circonscriptions d’action qui diffèrent d’un Conseil Général à l’autre et qui diffèrent entre les Conseils Généraux et les caisses de retraites. Par exemple, l’intercommunalité de Baugé (Maine-et-Loire) est inégalement englobée dans le maillage du Conseil Général du Maine et Loire, de la MSA du Maine et Loire, du territoire de Santé d’Angers, de l’Agence Pact-Arim et de la CPAM et appartient au final à 5 cadres territoires d’actions institutionnels. Cet empilement, s’il respecte les frontières

¹⁷⁷ BIOTEAU E., PIERRE G., FLEURET S., 2007, *La co-construction des territoires de l’économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays de la Loire*, Angers, Equipe ESSTER, programme ESS-ASDL / DIISES, p.3.

communales et intercommunales, vaut pour l'ensemble des intercommunalités d'observation de la thèse (entre 3 et 4 territoires d'action selon les échantillons).

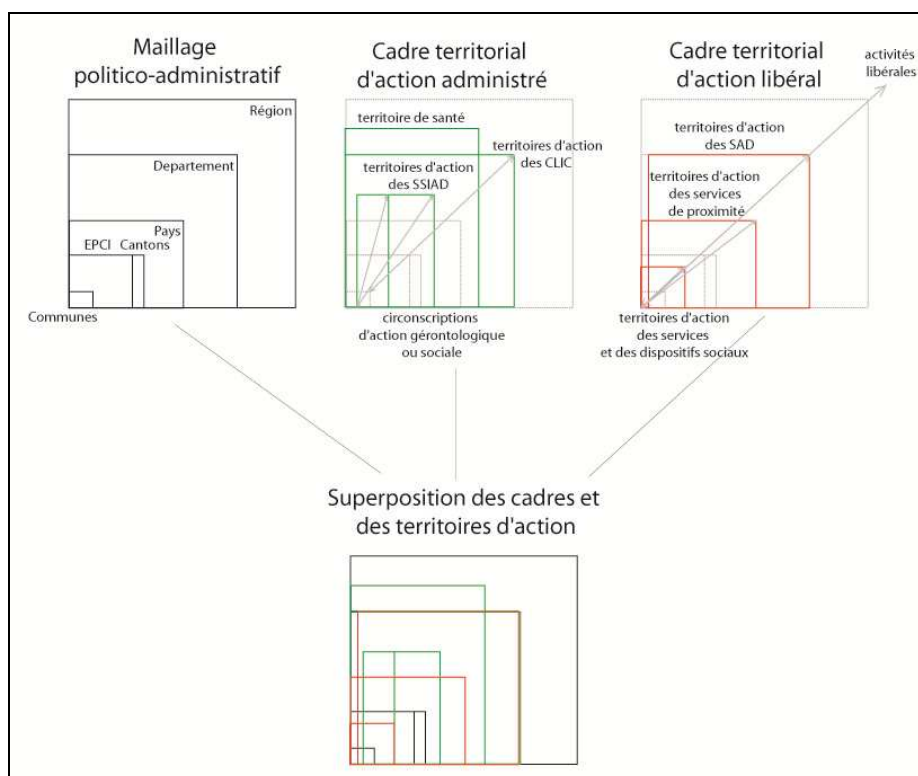
A l'échelle locale, les établissements et les services gérontologiques sont organisés à des échelles différentes, sur des territoires distincts et respectent différemment les limites politico-territoriales. Libre géographiquement, l'exercice de la médecine libérale n'appartient à aucun cadre de régulation et s'ajoute aux territoires hospitaliers. Le constat ne prévaut pas pour les établissements qui établissent de manière informelle des chalandises locales en fonction de la densité d'accueil des communes et des intercommunalités voisines. Les territoires d'actions des SSIAD sont très variables : ils peuvent être communaux, intercommunaux ou bien à cheval entre plusieurs intercommunalités. A l'instar des établissements, les services d'aide à domicile et de proximité se réfèrent à l'échelle départementale. Néanmoins, leurs territoires d'actions sont solidaires des statuts d'appartenance. Si les services publics sont communaux ou intercommunaux et départementaux, les services associatifs et les entreprises œuvrent à des échelles variées allant du noyau de communes au département. Une majeure partie des territoires d'actions des services d'aide à domicile englobe une ou plusieurs communes. La situation n'est pas la même pour les transports et l'habitat dans la mesure où les acteurs locaux sont organisés à l'échelle départementale. Là encore, les maillages infra-départementaux ne sont pas les mêmes et s'ajoutent aux précédents.

L'analyse des superpositions territoriales d'action montre que l'intercommunalité de Nantes qui a l'offre gérontologique la plus élevée est aussi l'intercommunalité où la superposition des territoires formels et informels d'action est la plus forte. De fait, outre les chalandises informelles des professions libérales et des établissements, l'intercommunalité de Nantes :

- est englobée dans le territoire de Santé de Nantes,
- est partagée en 3 circonscriptions d'action gérontologique du Conseil Général,
- est partagée en 3 circonscriptions d'action des caisses de retraites et de la CPAM,
- est divisée en 4 CLIC,
- est divisée en 5 SSIAD (dont deux pour la seule commune de Nantes)...

A l'inverse, il ressort que l'intercommunalité de Baugé est englobée territorialement dans 3 circonscriptions d'actions sanitaire, gérontologique et social, dans un CLIC et dans un SSIAD.

Figure 24 : Superposition des cadres et des territoires d'action gérontologique



  alisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2009.

L'inégale structuration géographique des cadres de l'action gérontologique conduit à une multiplication des échelles d'action qui, à l'échelle locale, se traduisent par un empilement, des enchevêtrements et des décalages géographiques. Si,   l'échelle institutionnelle, le nombre d'acteur est plus réduit et rend possible des formes de coordination, la multiplicité des acteurs gérontologiques tend à épuiser les efforts en la matière, notamment en ville.

CONCLUSION

Quinze ans après le renforcement significatif du Conseil Général sur le champ gérontologique, il est permis d'émettre des doutes sur le passage de l'action gérontologique d'une logique sectorielle à une logique territoriale. La décentralisation a juste eu pour effet de reproduire territorialement les segmentations existantes. De fait, en plus d'être pérennes et intériorisés à l'échelle institutionnelle, les clivages et les rigidités sectorielles se déclinent à l'échelle locale. Car dans un contexte de rigueur économique, les Conseils Généraux, n'ont ni les capacités, ni la volonté de remettre en question ces rigidités. Soucieux de cadrer leurs dépenses, les institutions et les instances gérontologiques ont donc opéré un statut-quo politique et sectoriel. Ce statut-quo sclérose au final l'action gérontologique qui ne peut développer des politiques plus transversales et plus préventives. En dépit d'un réel effort d'adaptation et de rattrapage des inégalités territoriales, les politiques n'ont pas totalement gommé les inégalités héritées. **Au contraire même, les recherches montrent que l'ouverture aux structures lucratives et la multiplication de l'offre qui en a découlé (notamment sur le champ de la dépendance) ont eu pour effet de disperser l'offre et d'établir une structuration socio-spatiale de celle-ci selon des principes de concentration des activités et des richesses.** A la lumière de ces enseignements, nous allons pouvoir évaluer les effets de ces mutations sur les personnes âgées et déterminer la part des politiques dans la construction territoriale du grand âge.

PARTIE IV - LES REGULATIONS LOCALES ENTRE L'OFFRE ET LES PERSONNES AGEES

INTRODUCTION

Les politiques de la vieillesse et le système d'acteurs gérontologiques répondent aux besoins des personnes âgées sur le territoire. Néanmoins la formulation des politiques et des réponses obéit à des processus d'action qui filtrent géographiquement et socialement les problématiques à traiter. Ces décalages, entre politiques et usagers, sont inévitables. Plus que de les contester, c'est d'en mesurer les écarts qui importe. A partir de l'offre, la partie qui suit a pour objectif d'évaluer sous un angle géographique les interactions entre les politiques et les publics visés. Que produisent ces interactions sur le milieu géographique ? Révèlent-elles des décalages, des inadaptations ou bien résolvent-elles de manière équilibrée les problématiques gérontologiques du territoire ? Pour répondre à ces questions, il est envisagé d'évaluer ces mécanismes sous un angle interactionnel : entre l'offre de services, d'allocations et d'établissements d'une part et les demandes et les besoins des personnes âgées, de l'autre. A partir de ces évaluations, il sera possible, en aval, de déterminer les productions géographiques des politiques de la vieillesse : en clivant l'offre gérontologique sur le territoire, les politiques participent par le truchement des interactions entre l'offre et la demande, à la spécification de la vieillesse en tant qu'objet socio-spatial.

Pour étayer cela, la partie s'appuiera sur la présentation géographique des activités gérontologiques à l'échelle régionale et des échantillons territoriaux d'observation. Cette étape a été rendue possible grâce à l'octroi de statistiques de la part des institutions gérontologiques (sur les niveaux de consommation, de bénéficiaires et d'allocataires âgés). Malheureusement en raison de l'impossibilité de recenser leurs activités, les interactions relatives à l'accompagnement social et la lutte contre l'isolement au grand âge ne pourront être relatées. La mise en relation géographique de l'offre, des activités gérontologiques et des besoins socio-spatiaux des personnes âgées (présentés en première partie) nous permettra de présenter géographiquement les dynamiques gérontologiques et les mécanismes d'adaptation et d'inadaptation qui en découlent. Nous nous référerons dans ce sens aux constats énoncés dans la première partie et aux seuils d'âge de 65 et 82 ans. A la suite de cette étape, l'utilisation des résultats du questionnaire diffusé auprès de 1 800 personnes âgées nous permettra de cerner les régulations locales entre les personnes âgées, les solidarités privées et les professionnels. Cette étape permettra d'appréhender de manière globale la part des politiques dans la construction et la figuration géographique de la vieillesse.

CHAPITRE VIII – LES INTERACTIONS GEOGRAPHIQUES ENTRE L’OFFRE GERONTOLOGIQUE ET LES PERSONNES AGEES

1-Sur le champ sanitaire : des demandes qui s’adaptent à l’offre

a- Des demandes qui s’adaptent à la hiérarchisation spatiale de l’offre hospitalière

A partir des données octroyées par la DRASS sur les activités en MCO et SSR en 2007, il a été possible d’examiner les rapports entre les besoins, les demandes des personnes âgées et l’offre hospitalière. Les données octroyées tiennent compte des seuils de 60 et 80 ans.

En Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), l’avancée en âge est propice au développement de pathologies lourdes, notamment en cardiologie, en uro-néphrologie, en chimiothérapie ou en neurologie. Résultat, la forte demande des personnes âgées en actes hospitaliers très techniques affecte les établissements les mieux dotés et spécialisés (en direction des Centres Hospitaliers Universitaires et des Centres Hospitaliers). Le ratio nombre de séjours/population âgée apparaît déséquilibré entre les départements : les départements disposant d’un CHU ont le ratio le plus élevé et ceux n’en ayant pas présentent un ratio faible. Le ratio de la Vendée, pourtant département où les personnes âgées sont surreprésentées, est deux fois inférieur à celui de la Loire-Atlantique, département le plus jeune. Avec l’âge, les écarts se creusent.

Par rapport au vieillissement de la population et aux projections territoriales de la dépendance, ces ratios sont contradictoires. Les départements les plus exposés à la dépendance présentent des ratios faibles. Les départements les moins exposés présentent des ratios élevés. Plus que des réponses, ces résultats nous amènent des interrogations :

- sur l’attractivité des zones hospitalières suivant leur degré d’équipement et de spécialisation.
- sur le lien entre distance géographique et accès aux soins hospitaliers les plus pointus.

Tableau 30 : Nombre de séjours moyen en MCO* suivant l'âge et les départements de la Région Pays de la Loire

**Médecine Chirurgie Obstétrique*

	Loire- Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
population totale	0,41	0,37	0,24	0,31	0,22
plus de 60 ans	0,89	0,81	0,48	0,62	0,41
plus de 80 ans	0,96	0,86	0,72	0,81	0,56

réalisation : BLANCHET M, Doctorat Géographie, Université Angers, 2008.

source : DRASS – PMSI MCO 2007

Les travaux d'E. VIGNERON (2001)¹⁷⁸ et du CREDES (1989)¹⁷⁹ révèlent que les flux sanitaires dépendent de la distance aux établissements hospitaliers. L'étude (2002)¹⁸⁰ de la DRASS Pays de la Loire sur l'attractivité et l'autonomie des secteurs sanitaires en chirurgie (actes médicaux lourds) le confirme. On y apprend que les zones hospitalières les mieux dotées et spécialisées captent les demandes locales (pour ces secteurs, 90-95 % des personnes âgées de ces secteurs se font hospitaliser dans leurs propres zones) et attirent au-delà de leurs propres territoires de santé. A l'inverse, les zones les moins équipées présentent une attractivité extérieure faible et voient une partie des populations âgées locales se diriger vers les zones les plus équipées et avancées.

Les filières hospitalières les moins techniques s'appuient à la fois sur les équipements lourds des villes et les hôpitaux locaux ruraux. Dans la Région plus des ¾ des patients des séjours en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont plus de 60 ans. Les données sur la répartition des séjours en SSR par département et suivant l'âge montrent que l'offre hospitalière capte la demande locale. Les taux par départements et par zones hospitalières respectent les équilibres quantitatifs et qualitatifs du vieillissement du territoire. La répartition

¹⁷⁸ VIGNERON E., 2001, *Distance et Santé*, Montpellier, Presses Universitaires de France, collection territoires et économie de la santé, p.20.

¹⁷⁹ COM-RUELLE L., FAURE H., TONNELIER F., 1989, *L'attraction de l'assistance publique- Hôpitaux de Paris : l'hospitalisation de court séjour*, Paris, CREDES, p.191.

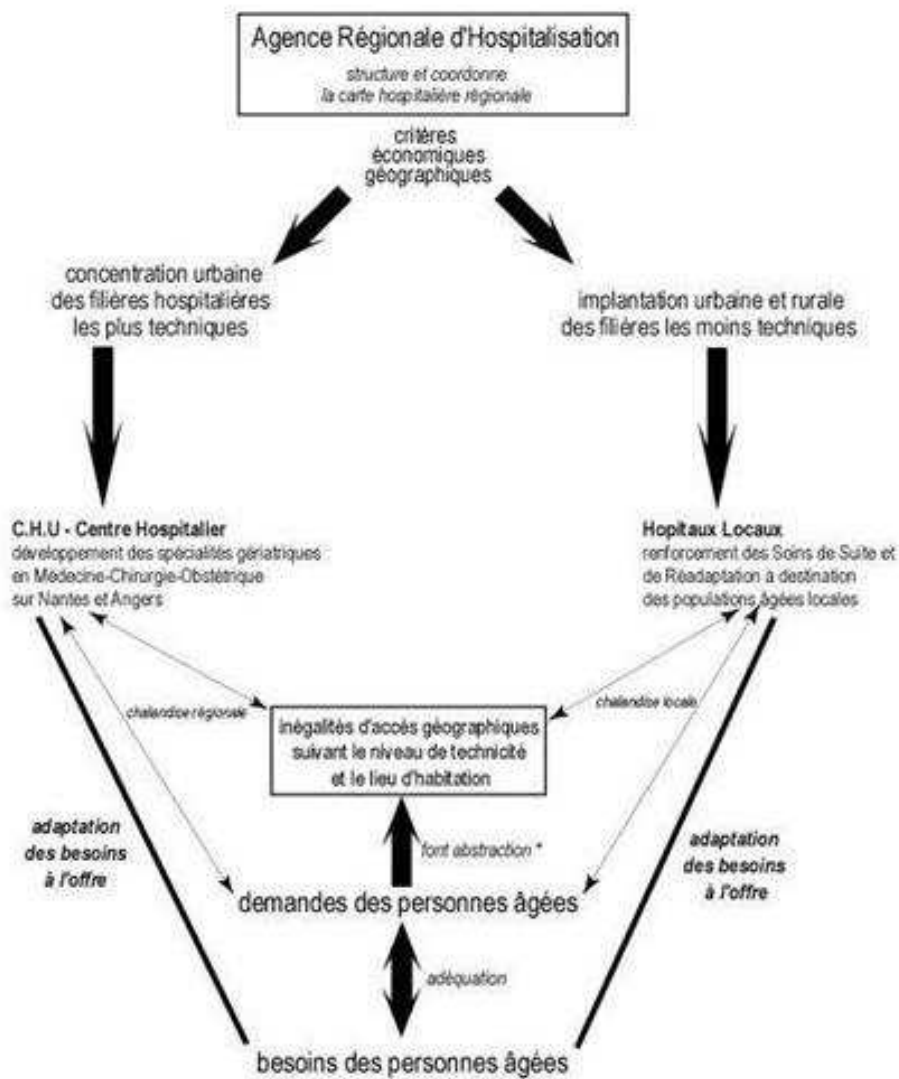
¹⁸⁰ DRASS Pays de la Loire, 2002, *Attractivité et autonomie des secteurs sanitaires en chirurgie*, Nantes, DRASS Pays de la Loire, in Echos des Stats, n°12, p.8.

des séjours et des départements est corrélée à l'offre hospitalière en places et en lits. Ainsi comme l'estime la DRASS, localement, les segments hospitaliers moins sophistiqués sont bien répartis et captent ainsi les demandes locales.

Il ressort au final des interactions entre l'offre hospitalière et les personnes âgées plusieurs règles basées sur un rapport d'adaptation géographique des publics à l'offre :

- la faible attractivité de non-résidents d'un secteur correspond souvent à des activités de proximité moins lourdes.
- la forte attractivité de certaines activités reflète en grande partie l'impossibilité de les pratiquer ailleurs.
- l'accès des personnes âgées aux filières les plus lourdes (ophtalmologie, cardiologie) se joue à l'échelle régionale.
- les filières en SSR sont réparties de manière équilibrée sur le territoire et, par leurs proximités, répondent localement aux besoins.

Figure 25 : Schéma des interactions géographiques entre les personnes âgées et l'offre hospitalière



réalisation : BLANCHET M, Doctorant Géographie, Université Angers, 2008.

b- Une consommation médicale des personnes âgées solidaire des concentrations spatiales de médecins

Selon F. LE et M. DUE (2008) de la DREES, après un tassement de 2002 à 2006, les dépenses de soins de ville (honoraires, indemnités journalières, médicaments, analyses biologiques) ont augmenté en 2007¹⁸¹. D'après eux, les causes de cette accélération (notamment concernant les honoraires et les médicaments), sont liées au nombre de plus en plus important de personnes très âgées. Dans son dossier sur les enjeux et les problématiques soulevés par le vieillissement de la population en Loire-Atlantique, l'Insee Pays de la Loire relève une forte consommation médicale à mesure que l'on progresse en âge. A l'échelle régionale, l'URCAM Pays de la Loire dresse le même constat : *« Au cours du premier semestre 2008, les caisses des trois principaux régimes d'assurance maladie ont versé 1,6 milliards d'euros pour des remboursements de soins de ville soit en moyenne 457 euros par personne. La progression des dépenses par rapport au premier semestre 2007 s'établit donc à 3,2% »*¹⁸².

Les statistiques régionales et intercommunales de l'URCAM Pays de la Loire sur les montants remboursés, le nombre d'actes et le montant des remboursements par consommant selon l'âge nous éclairent sur le poids des Anciens dans les dépenses de soins de ville. Ainsi, le montant moyen remboursé par consommant augmente avec l'âge : de 72 euros pour la population totale à 133 euros en moyenne pour les plus de 80 ans. En 2008, les Ligériens de plus de 60 ans représentent 40 % des dépenses de consommation médicale alors que dans le même temps le poids démographique de cette même classe d'âge équivaut à un peu plus de 21 %. Pour les plus de 80 ans ce rapport est de 14,3 % par rapport aux dépenses totales pour une proportion démographique d'un peu plus de 5 %).

Le coefficient de corrélation entre la présence des médecins et la consommation médicale des personnes âgées est significatif. Plus la présence des médecins est forte, plus le montant remboursé par consommant âgé augmente. Cette corrélation marque l'existence d'un lien géographique entre l'offre médicale et la demande médicale des personnes âgées. Les

¹⁸¹ LE F., DUE M., 2008, *Une évolution des dépenses de soins de ville en accélération en 2007*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°646, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, p.2.

¹⁸² www.urcam-pdll.fr

consommations médicales des personnes âgées s'élèvent à mesure que les médecins sont présents et concentrés sur le territoire.

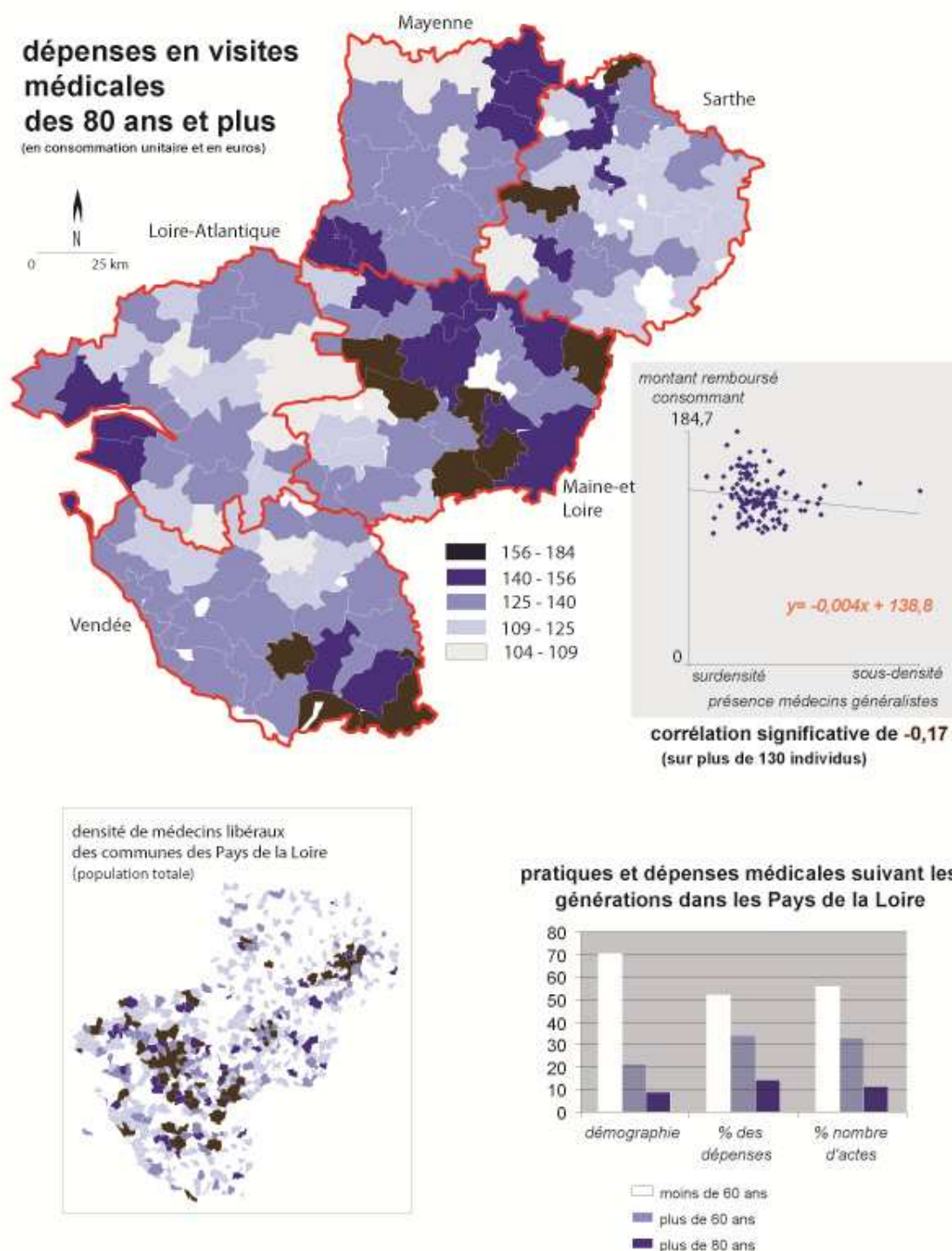
Tableau 31 : Présence des médecins libéraux, vieillissement du territoire et consommation médicale des personnes âgées dans les départements et les échantillons territoriaux d'étude

	un médecin/nombre d'habitants	un médecin/plus de 65 ans	indice de grand vieillissement	montant remboursé / consommant	montant remboursé / consommant
				plus de 60 ans	plus de 80 ans
Pays de Saint Gilles Croix de Vie	895	297	0,48	102	132
Agglomération du Choletais	1033	192	0,48	97	128
Pays de Mayenne	1148	235	0,61	106	130
Canton de Baugé	1077	299	0,66	119	151
Pays de Pouzauges	1306	295	0,50	101	126
Nantes Métropole	856	153	0,55	106	136
Loire-Atlantique	875	174	0,54	105	132
Maine et Loire	911	188	0,60	108	136
Mayenne	1214	283	0,59	103	127
Vendée	1013	254	0,55	106	133
Region	973	212	0,57	106	133

réalisation : BLANCHET M, Doctorant Université Géographie Angers, 2008

source : URCAM Pays de la Loire - 2008

Carte 25 : Consommation médicale des personnes âgées dans la Région Pays de la Loire

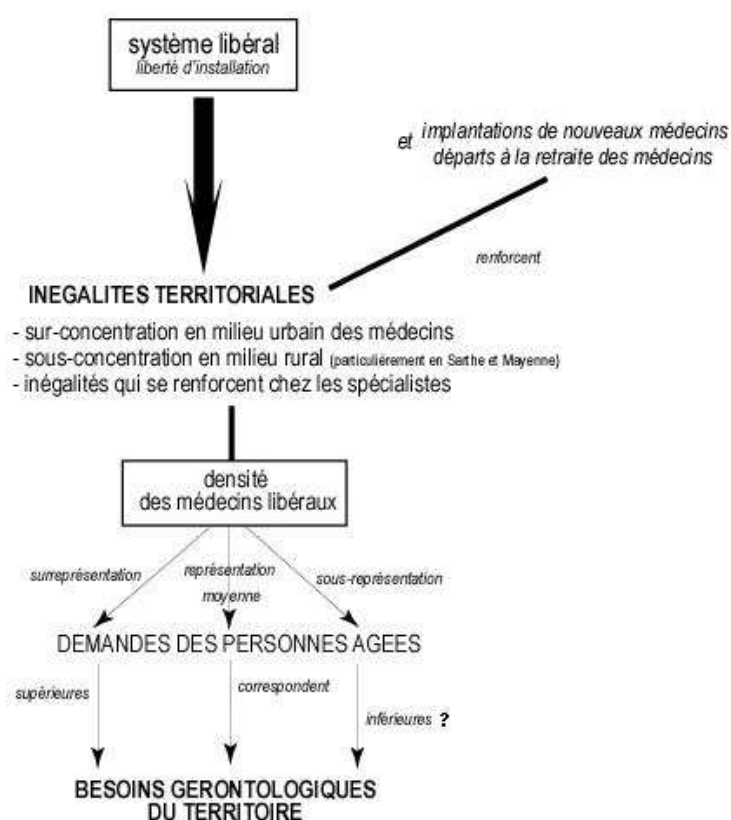


réalisation : BLANCHET M, Doctorant Université Géographie Angers, 2008.

source : URCAM Pays de la Loire - 2008

La répartition des médecins n'étant pas solidaire de celle des personnes âgées, l'étude des consommations médicales nous montre que ces décalages sont lissés dans les départements et les intercommunalités moyennement ou bien pourvues en médecins. En revanche, ils ne sont pas rattrapés dans une partie des intercommunalités rurales de la Sarthe et de la Mayenne. En effet, la consommation médicale moyenne des personnes âgées et très âgées s'avère faible dans plusieurs intercommunalités très vieilles de la Mayenne et de la Sarthe. Or ces intercommunalités sont marquées par de fortes prédispositions aux situations de dépendance. Dans ce sens, ces consommations faibles nourrissent, dans ces zones, des interrogations sur l'accès des personnes âgées à l'offre médicale locale. Vu le peu d'effet des mesures incitatives sur ces déséquilibres, certains, comme E. VIGNERON (2008), doutent qu'ils puissent être résorbés sans que la liberté d'installation ne soit encadrée.

Figure 26 : Schéma des interactions géographiques entre les personnes âgées et l'offre médicale



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

2- Des activités à destination des personnes âgées dépendantes hétérogènes sur le territoire

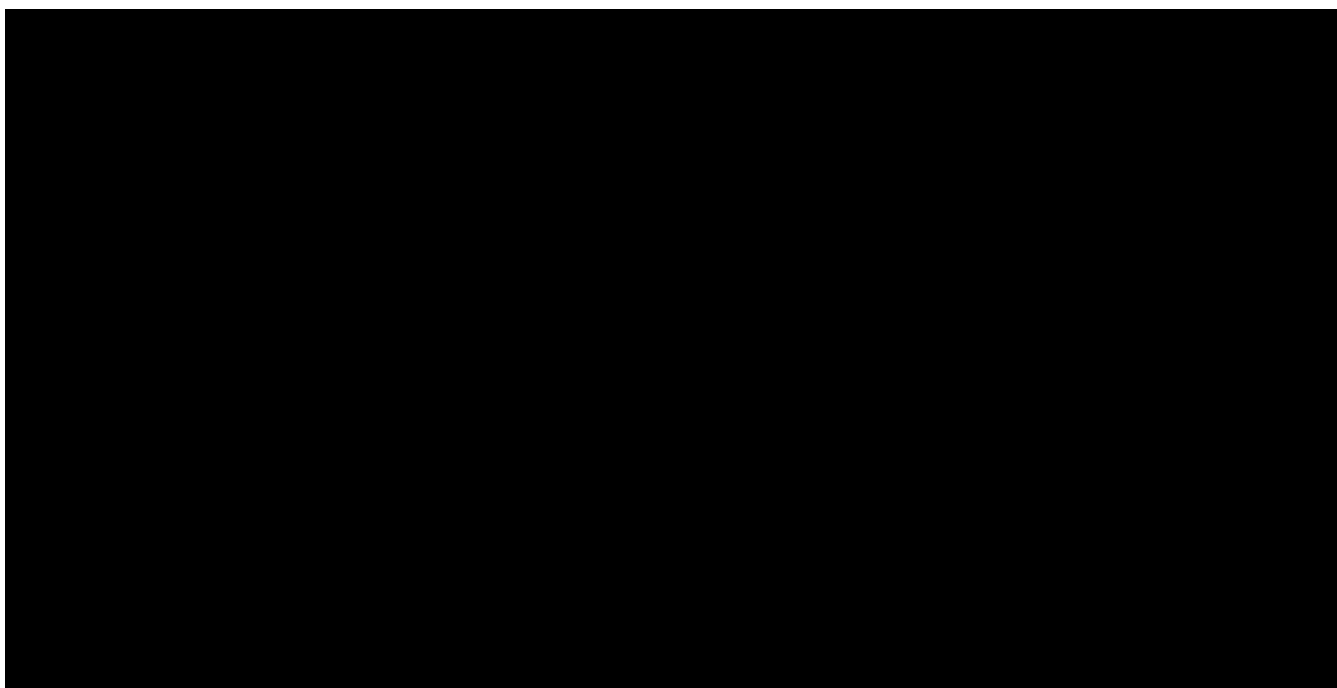
a- Les activités de soins au domicile

L'intervention médico-sociale au domicile des personnes âgées regroupe les Services de Soins Infirmiers à Domicile (les SSIAD) et le secteur libéral (les infirmières libérales). Pris en charge dans le cadre de la sécurité sociale, ces acteurs prodiguent deux types d'actes : les Actes de Soins Infirmiers (ASI) et les soins de nursing. Les ASI ne peuvent être prodigués que par des titulaires du diplôme d'infirmier tandis que les soins de nursing sont réalisables par les infirmières et les aides-soignantes (77 % de la population des SSIAD). C'est donc dans un cadre partagé qu'évolue l'intervention médico-sociale au domicile des personnes âgées. De plus, les SSIAD et les infirmières libérales ont également une frontière d'intervention commune avec les services d'aide à domicile agréés.

L'étude de la consommation des soins infirmiers à domicile des personnes âgées a été possible grâce aux données intercommunales de la DRASS Pays de la Loire aux seuils de 60 et 80 ans. On y apprend que les dépenses remboursables par personne âgée sont fortement inégales sur le territoire régional.

En plus d'une augmentation croissante avec l'âge, c'est dans les départements les plus urbanisés que l'on recense une consommation supérieure des personnes âgées en **soins infirmiers**. Cette surconsommation en soins infirmiers des intercommunalités régionales s'observe dans les intercommunalités de l'ouest de la Loire-Atlantique, de l'est et du centre de l'Anjou et du nord de la Sarthe. La sous-consommation s'observe dans les intercommunalités du littoral et du bocage vendéen, des Mauges, de la Mayenne mais également du nord-est de la Sarthe. Les dépenses en soins infirmiers des personnes âgées varient fortement d'un territoire à l'autre et ne font ressortir aucune géographie pertinente. En effet, elles n'affichent aucune corrélation, que ce soit avec le vieillissement de la population, les besoins gérontologiques et la répartition des infirmières libérales et des SSIAD.

Figure 27 : Dépenses moyennes en soins infirmiers des personnes âgées

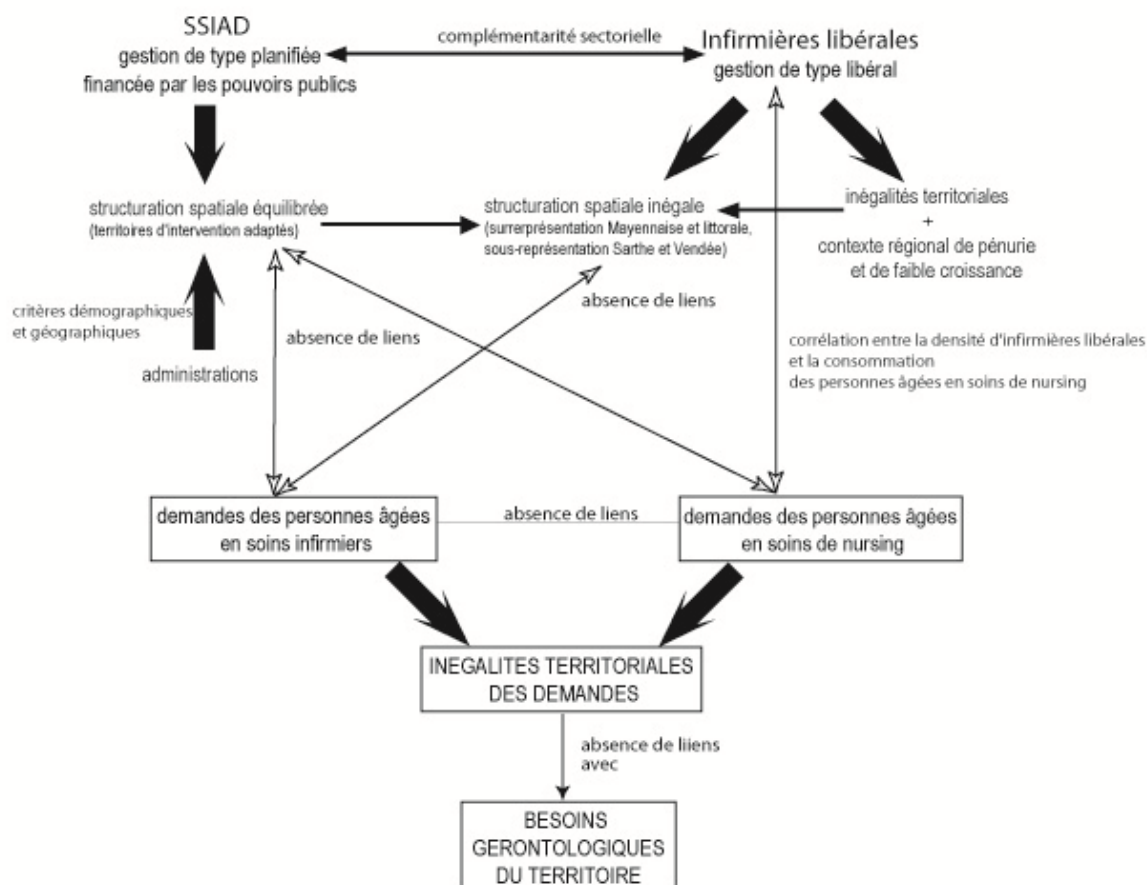


réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : DRASS Pays de la Loire – 2007.

En 2007, les dépenses moyennes dans les Pays de la Loire en **soins de nursing** des plus de 60 ans sont de 1 458 euros et des plus de 80 ans sont de 1 756 euros. C'est encore en Loire-Atlantique que les dépenses moyennes sont les plus élevées (1964). Elle est talonnée par la Vendée (1827), le Maine-et-Loire (1567) et la Mayenne (1604). D'après la carte, les surconsommations de soins de nursing des personnes âgées se localisent sur le littoral atlantique, l'arrière pays vendéen, l'agglomération nantaise et l'aire urbaine angevine. Les consommations moyennes se recensent en Anjou et dans le sud de la Mayenne. Enfin, les zones de sous-consommation sont nombreuses en Sarthe, dans le nord de la Mayenne, en périphérie du Maine et Loire ainsi qu'au niveau des intercommunalités situées à la frontière des deux départementaux de la Loire-Atlantique et de la Vendée. La géographie des dépenses en soins de nursing des personnes âgées n'est pas liée aux variables démographiques. Elle présente en revanche des liens étroits avec la répartition des infirmières libérales : le coefficient de corrélation entre les dépenses moyenne par consommant des plus de 60 et 80 ans en soins de nursing et la densité des infirmières libérales à l'échelle intercommunale présente une corrélation significative (de 0,25 pour 133 individus). Plus les infirmières libérales sont présentes plus la consommation en soins de nursing des personnes âgées s'élève.

Figure 28 : Schéma des interactions entre l'offre médico-sociale au domicile et les personnes âgées



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Les SSIAD et les infirmières libérales sont inégalement répartis sur le territoire. Seuls les intercommunalités urbaines et littorales présentent une répartition équilibrée. Sur le plan sectoriel, les frontières d'intervention au domicile des personnes âgées sont très poreuses entre les acteurs relevant du secteur médico-social et du secteur social. En conséquence, les interactions entre l'offre médico-sociale au domicile et les personnes âgées reposent sur un double équilibre géographique et sectoriel de l'offre. Cette situation se traduit par l'intervention inadaptée des services d'aide à domicile auprès des situations de dépendance les plus lourdes.

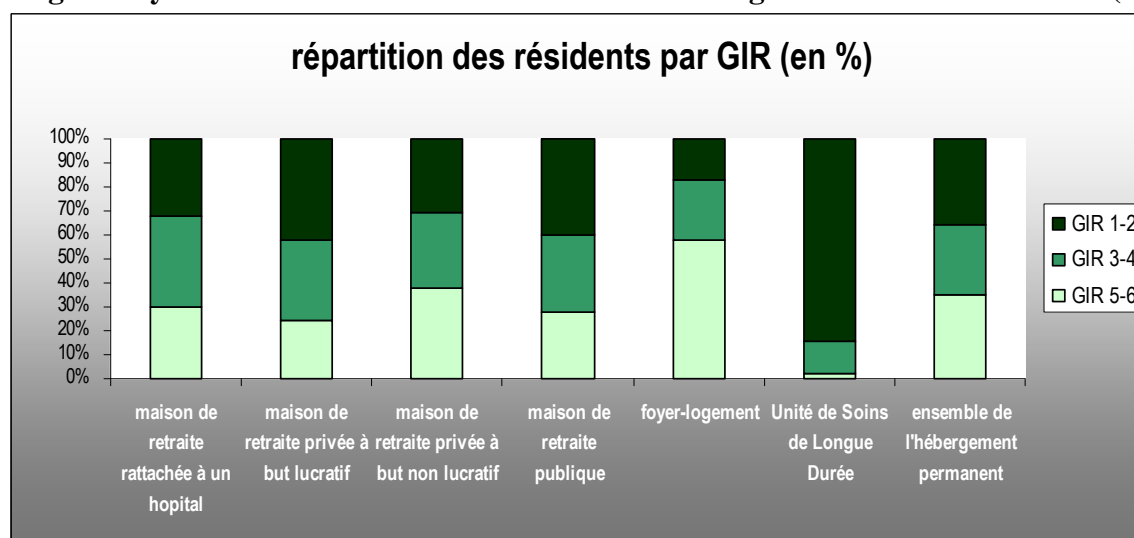
b- Une multiplication de l'offre d'accueil source d'inégalités

En 2003, l'âge moyen régional (à l'entrée) est de 84 ans en maison de retraite et de 81 ans en foyer-logement. En l'espace de 10 ans, on constate une progression de l'âge moyen à l'entrée (+ 5 ans) et un âge moyen de plus en plus élevé en établissement pour personnes âgées (+ 4 ans). Ce vieillissement se traduit également par une plus forte propension des établissements à accueillir des personnes âgées dépendantes. L'enquête EHPA de la DRASS Pays de la Loire¹⁸³ évalue **le degré de dépendance des différents types d'établissements**. Selon cette enquête, c'est dans les Unités de Soins de Longue Durée que l'on recense les plus fortes proportions de personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2). A l'inverse, c'est dans les foyers-logements qu'elles sont les moins présentes. La répartition des résidents varie entre les types de maisons de retraites : les GIR les plus dépendants et moyens (1-2-3-4) sont sous-représentés dans les maisons de retraites adossées à un hôpital ainsi que dans les structures associatives et surreprésentées au sein des maisons de retraites publiques et privées à but lucratif.

A l'exception de la Mayenne, la répartition des résidents par GIR est homogène en 2003 entre les départements : un tiers pour les GIR 1 et 2, un tiers pour les GIR 3 et 4 et un peu moins d'un tiers pour les GIR 5 et 6. En revanche, en Mayenne, près d'un résident sur deux est fortement dépendant : 47 % sont classés en GIR 1 et 2. Le GIR Moyen Pondéré des établissements évalue la dépendance totale du groupe de résident (1 000 pour le groupe le plus dépendant et 70 le groupe le moins dépendant). Il est, en 2003, de 516 pour la région. A l'instar de la répartition des résidents suivant le GIR, le GMP moyen est le plus élevé en Mayenne et proche de la moyenne régionale dans les autres départements.

¹⁸³ DRASS Pays de la Loire., 2003, *La clientèle des maisons de retraites et des foyers-logements*, Nantes, DRASS Pays de la Loire, in Echo des Stats, n°7, p.3.

Figure 29 : Répartition des résidents en établissements pour personnes âgées de la Région Pays de la Loire suivant les GIR et le mode de gestion des établissements (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : DRASS Pays de la Loire – 2008.

Tableau 32 : GIR Moyen Pondéré du parc d'établissements pour personnes âgées dans la Région Pays de la Loire

	Pays de la Loire-				
	Loire	Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée
GIR Moyen Pondéré	516	505	491	629	498

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : DRASS Pays de la Loire -2003.

L'accueil en établissement pour personnes âgées présente **un coût** pour les personnes âgées, leurs familles ainsi que pour la collectivité. La protocolisation ainsi que la médicalisation progressive des établissements pour personnes âgées se sont traduites par un accroissement des coûts salariaux et de fonctionnement. Entre les types d'établissements, la DRASS Pays de la Loire révèle que les tarifs hébergement par jour (ceux de la dépendance et des soins sont pris en charge par les caisses de sécurité sociale et par le Conseil Général) sont moindres dans les foyers-logements (28 euros par jour en 2003) et sont plus élevés en maisons de retraites et dans les établissements temporaires (avec respectivement 39 et 43 euros). Entre les maisons de retraites, ce sont celles gérées par des associations qui présentent les tarifs par journaliers les plus bas (37 euros). Ils sont suivis par les établissements publics avec 39 euros. Le secteur lucratif présente un tarif journalier nettement supérieur avec 54 euros.

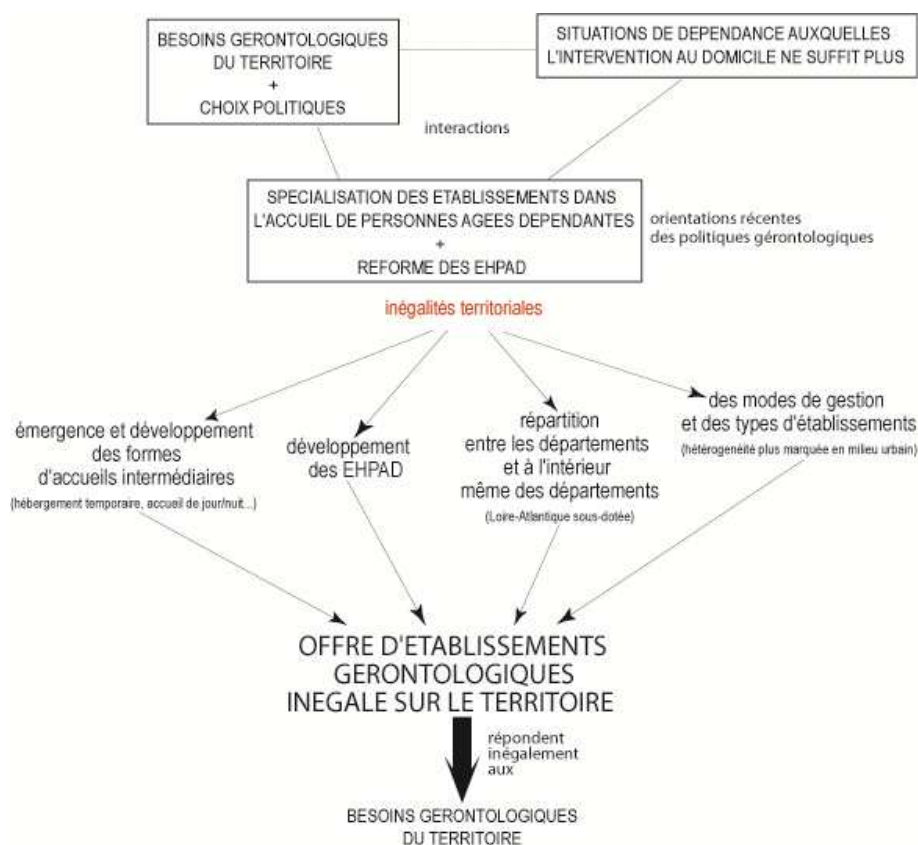
Si la possibilité d'évaluer les tarifs d'hébergement en établissements pour personnes âgées n'est pas possible à l'échelle des départements, elle est néanmoins possible à l'échelle des échantillons territoriaux d'observation. Par exemple, sur l'agglomération nantaise, le prix de journée moyen d'hébergement dans une structure publique est de 39 euros, dans une structure privée non lucrative (mutualité retraite et associations) de 44 euros et de 74 euros dans une structure privée à but lucratif, soit par mois une différence respective de plus de 1 000 euros. Les mêmes écarts existent entre établissements non médicalisés (les loyers allant d'un peu plus de 300 euros dans le public, à 600-650 euros dans les établissements administrés par une association et jusqu'à 900-1 000 euros dans les établissements gérés par une société anonyme). En Vendée, le prix d'hébergement quotidien est en moyenne de 37 euros dans les maisons de retraites publiques, 41 euros dans celles gérées par une association et de 66 à 74 euros dans celles gérées par des sociétés anonymes.

Force est de constater qu'en matière de tarifs en hébergement, de profonds écarts existent entre les établissements. Tout d'abord ces écarts s'appliquent selon le degré de médicalisation des établissements : l'hébergement en EHPAD est plus cher qu'en foyer-logement, et à mesure que le GIR baisse les tarifs journaliers. L'accueil temporaire, par son adaptabilité, se révèle plus cher (prix de journée 3 à 5 euros plus cher) que les maisons de retraites tandis que l'accueil de jour est moins cher et oscille entre 22 et 29 euros. Autant que le degré de médicalisation, le mode de gestion explique les inégalités de tarifs d'hébergement entre les établissements. Les établissements publics pratiquent des coûts plus faibles dans la mesure où ils présentent un parc d'établissement plus vieux, moins adapté et s'inscrivent dans une politique d'accessibilité aux moins aisés. De plus, ces établissements n'adhèrent pas à une logique de rentabilité : en cas de déficit, les politiques locales complètent. Les établissements gérés par des structures privées sont davantage soumis à des impératifs d'équilibre budgétaire. Cela se traduit pour le secteur non lucratif par une sobriété des tarifs corrélée aux frais de fonctionnement. En revanche, le secteur lucratif qui se développe a pour objectif de faire des bénéfices. Concrètement, cette recherche débouche sur la mise en place de services de confort, sur des conditions d'habitations et une localisation préférentielle qui se répercute sur les tarifs et qui, au final, cible une clientèle âgée aisée.

A l'échelle régionale, on note une forte propension des établissements à but lucratif à se localiser dans des espaces où les personnes âgées aisées sont surreprésentées : les villes et le littoral. Le cas nantais fait clairement apparaître, une localisation en périphérie des

établissements publics et une localisation préférentielle des établissements lucratifs dans les quartiers centraux et péri-centraux, à proximité des services¹⁸⁴. Cette dichotomie s'explique par le jeu foncier local mais aussi par la volonté des groupes privés de répondre à une demande spécifique des populations âgées de vivre en ville à proximité de la descendance. Sous le poids de l'inflation foncière et désireux de déléguer ces prérogatives, les pouvoirs publics ont fait appel aux promoteurs privés pour rehausser l'offre d'hébergement gérontologique. Néanmoins, à l'instar de l'habitat social, ces délégations sont contractualisées et encadrées socialement. Selon le Conseiller Général de Loire-Atlantique, ce mode opératoire constitue une opportunité de rehausser le parc gérontologique dans les espaces déficitaires et contribue à la mixité sociale et générationnelle dans des espaces prisés.

Figure 30 : Schéma des interactions entre les établissements gérontologiques et les personnes âgées



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : DRASS Pays de la Loire – 2008.

¹⁸⁴ BLANCHET M., 2005, *L'intégration sociale des personnes âgées dans la ville de Nantes*, Angers, sous la Direction de PIHET C., mémoire de D.E.A, Université d'Angers, CARTA, p.57.

c- Des demandes auprès des services d'aide à domicile solidaires de la concentration spatiale de l'offre

Depuis une quinzaine d'années, les politiques ont priorisé leurs actions sur le champ gérontologique en faveur du soutien à domicile. Dans un secteur qui s'est complexifié, où le partage des interventions avec les services médico-sociaux n'est pas clair, il convient de définir au préalable les cadres de notre évaluation.

Les recherches étant impossibles à l'échelle régionale, nous évaluerons les interactions entre l'offre et les personnes âgées sur les 6 échantillons territoriaux d'observation. Du fait de sa dimension (590 000 habitants), le cas nantais bénéficiera d'une attention particulière. Selon les conseils de P. GUILLOTIN de l'AURAN (Agence d'urbanisme de l'agglomération de Nantes) et les écrits de I. GARAT, F. MADORE, V. JOUSSEAUME, T. GUINEBERTEAU et P. POTTIER (2005)¹⁸⁵, l'analyse des activités des services d'aide à domicile tiendra compte des déséquilibres entre le nord-loire et le sud-loire de l'agglomération. De plus, les structures d'aide à domicile sont réparties entre deux types d'agrégation délivrées par les services de l'état (DRTEFP), l'agrément simple et l'agrément qualité. L'agrément qualité nous intéresse davantage dans la mesure où il permet de prodiguer des prestations d'assistance aux plus de 70 ans et entrent dans le financement de l'Allocation Personnalisée Autonomie.

A partir de ces précisions, l'étude tiendra compte pour l'année 2007 du nombre :

- de services d'aide à domicile ayant l'agrément qualité.
- d'heures travaillées auprès des personnes âgées.
- de personnes âgées aidées (sachant que ce nombre fluctue d'un mois à l'autre).

Après 34 entretiens directs, 23 entretiens téléphoniques avec des responsables de services d'aides et la consultation de 19 rapports d'activités, il a été possible sur les échantillons territoriaux de récolter ces informations. Seules 4 entreprises de services d'aide à domicile de Nantes n'ont pas souhaité répondre aux questions. En parallèle, les données récoltées ont été

¹⁸⁵ GARAT I., MADORE F., JOUSSEAUME V., GUINEBERTEAU T., POTTIER P., 2005, *Nantes. De la belle endormie au nouvel Eden de l'Ouest*, Nantes, Anthropos, p.179.

recoupées à celles de la DRTEFP Pays de la Loire, et celles issues des travaux cartographiques de S. FLEURET, E. BIOTEAU et S. GIFFON (2008-2009)¹⁸⁶.

Tableau 33 : Entretiens réalisés auprès des services d'aide à domicile agréés qualité des échantillons territoriaux d'observation

	associations	services publics	entreprises
Nantes Métropole	15/15	4/4	8/12
Agglomération du Choletais	6/6	1/1	1/1
Pays de Mayenne	6/6	1/1	----
Pays de Pouzauges	6/6	----	----
Canton de Baugé	2/2	----	----
Pays de Saint Gilles Croix de Vie	6/6	----	1/1

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

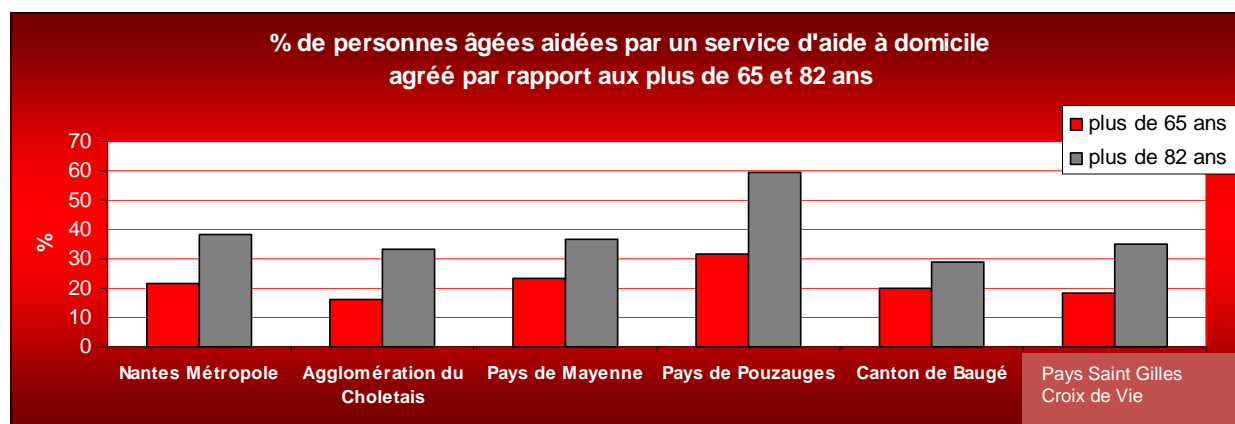
Pour les structures dont l'échelle d'action dépassait celle des échantillons, les données ont été ramenées à celle des limites de l'échantillon (c'est le cas pour les intercommunalités de Nantes Métropole, de l'Agglomération du Choletais, du Pays de Pouzauges et du Pays de Saint-Gilles Croix de Vie).

Tableau 34 : Nombre annuel de personnes âgées aidées par les services d'aide à domicile qualité suivant les échantillons territoriaux d'observation

	Minimum	Maximum
Nantes Métropole	13175	13760
Agglomération du Choletais	1550	1640
Pays de Mayenne	728	828
Pays de Pouzauges	992	1002
Canton de Baugé	325	380
Pays Saint Gilles Croix de Vie	1487	1541

¹⁸⁶ FLEURET S., BIOTEAU E., GIFFON S., 2008, *Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans la Région Pays de la Loire*, Angers, programme ESSTER.

Figure 31 : Proportions de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile agréé qualité / personnes de plus de 65 et 82 ans (en %)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : recherches personnelles et DRETFP Pays de la Loire.

Les proportions de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile dans la population âgée et très âgée totale varient d'un échantillon à l'autre et ne soulignent pas de particularismes géographiques. Rapportée aux plus de 82 ans, la proportion moyenne se situe entre 35 et 40 % et est inégale entre les échantillons. Sur l'ensemble des échantillons, l'intercommunalité de Pouzauges (Vendée) se distingue avec une proportion de personnes âgées aidées largement supérieure, et ce quelque soit l'âge.

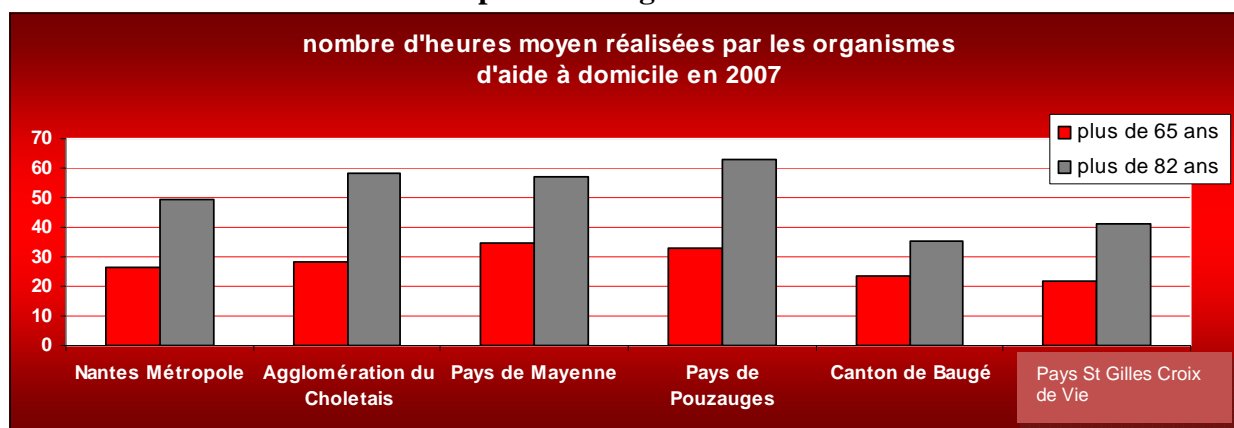
A l'exception de l'intercommunalité de Pouzauges, les proportions de personnes âgées aidées suivant le milieu géographique sont homogènes. En revanche, ces proportions se révèlent paradoxales une fois confrontées aux projections de la dépendance. Sur l'intercommunalité de Baugé les proportions de personnes âgées sont faibles alors que les prédispositions aux situations de dépendance sont fortes. Pour l'intercommunalité de Pouzauges, la demande est surélevée dans un contexte de vieillissement de la population mesuré.

Tableau 35 : Nombre annuel d'heures travaillées par les services agréés qualité auprès des personnes âgées des échantillons territoriaux d'observation

	minimum	maximum
Nantes Métropole	1 692 000	1 792 000
Agglomération du Choletais	277 400	284 000
Pays de Mayenne	115 700	132 200
Pays de Pouzauges	104 640	104 640
Canton de Baugé	41 500	427 00
Pays Saint Gilles Croix de Vie	173 500	179 500

En 2007, les services d'aide à domicile ont effectué entre 15 et 16,5 millions **d'heures au domicile** des personnes âgées de la Région. D'après le tableau ci-dessus, le nombre d'heures moyennes réalisées par les services d'aide à domicile en 2007 rapporté aux proportions démographiques de personnes très âgées ne respecte pas les clivages spatiaux (rural, urbain, littoral, entre les départements...) ni le vieillissement local de la population. Ainsi, on observe qu'avec respectivement, une moyenne de 62,9 et de 58,9 heures annuelles réalisées par plus de 82 ans, les intercommunalités de Pouzauges et du Choletais présentent des moyennes élevées alors que ces intercommunalités connaissent un vieillissement modéré de leurs populations. A l'inverse, les échantillons de Nantes, Baugé et Saint Gilles Croix de Vie présentent des taux d'heures annuel par habitant très âgés en dessous de 50 heures (respectivement de 49, 41 et 35 pour les intercommunalités de Nantes, de Saint-Gilles Croix de Vie et de Baugé). Or, ces intercommunalités sont plus prédisposées aux situations de dépendance.

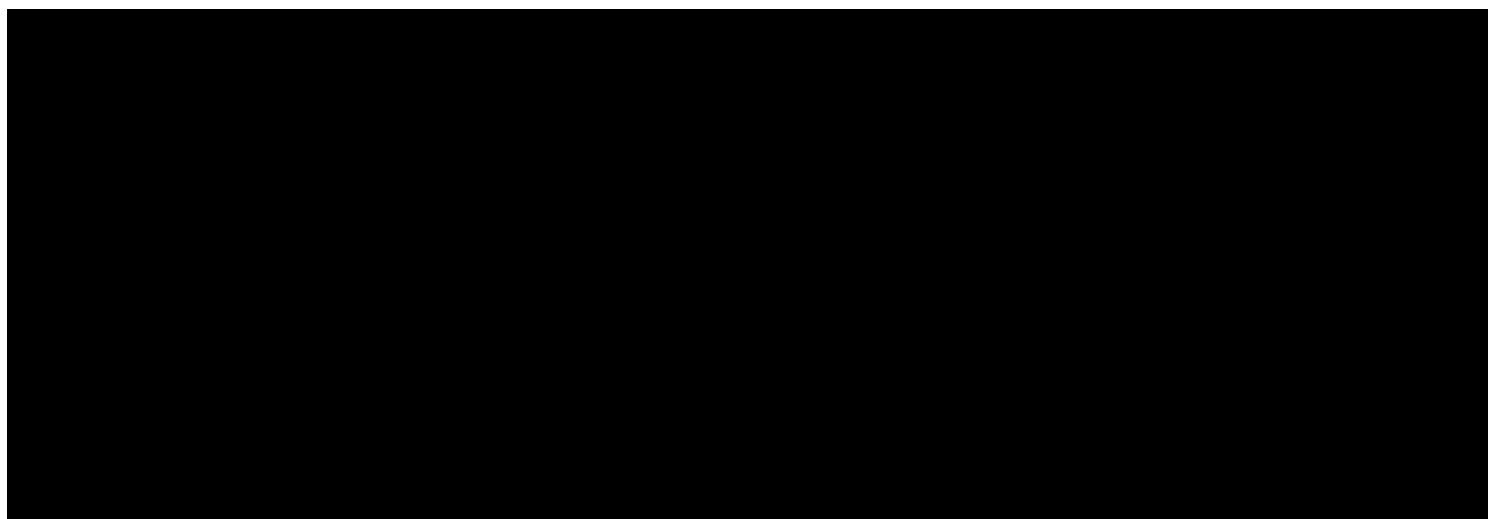
Figure 32 : Nombre d'heures moyen réalisées par les services d'aide à domicile par personnes âgées aidées



réalisation : BLANCHET M, Doctorat Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : recherches personnelles.

Figure 33 : Nombre moyen d'heures travaillées annuellement par les services d'aide à domicile et par personnes âgées aidées

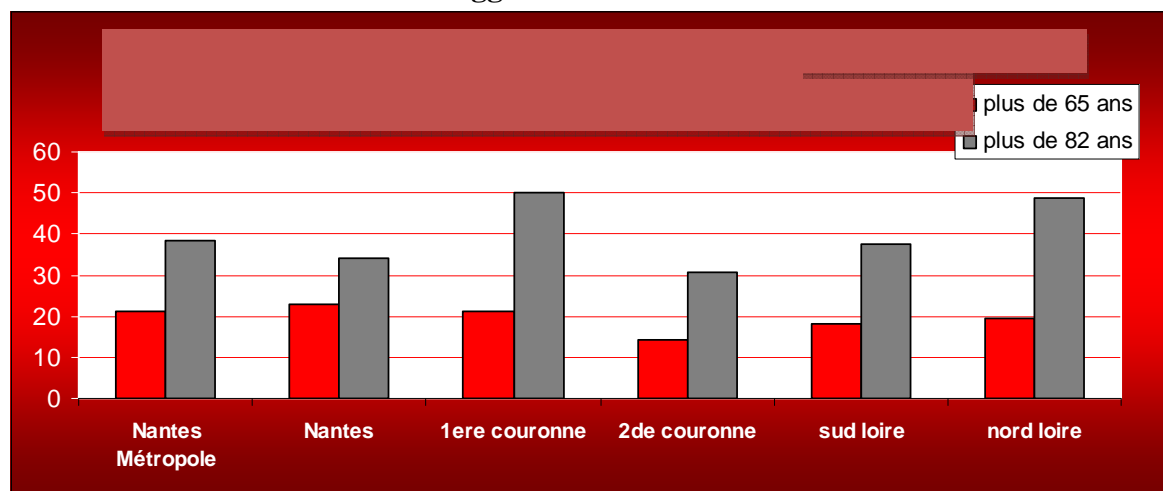


réalisation : BLANCHET M, Doctorat Géographie, Université d'Angers, 2008.

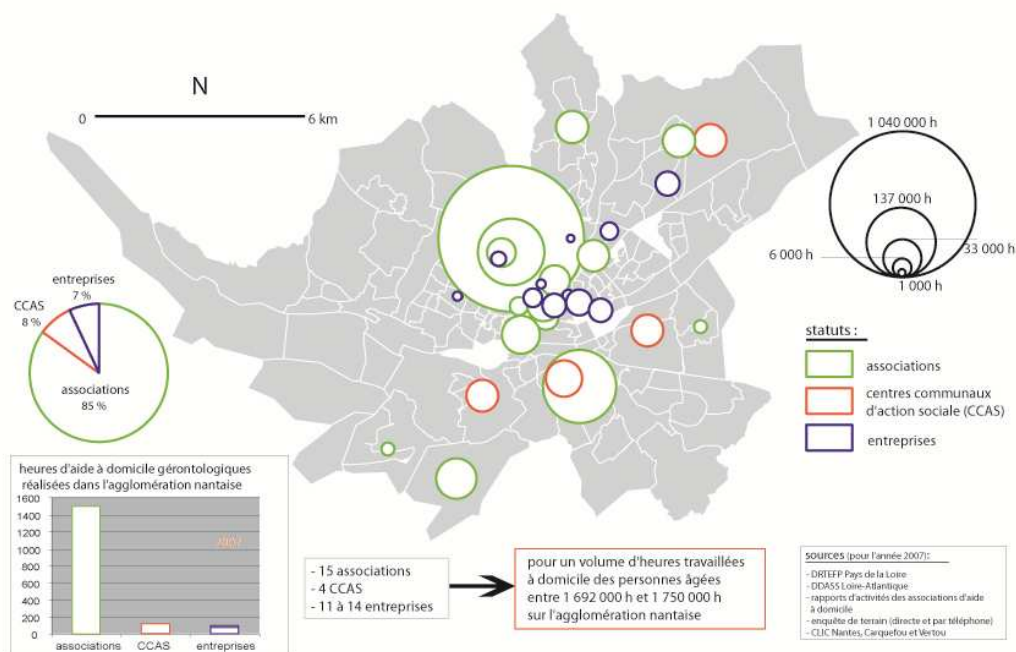
source : recherches personnelles

En somme, l'évaluation des activités des services d'aide à domicile montre à partir des échantillons territoriaux que la durée moyenne d'aide s'élève à mesure que la proportion démographique de personnes âgées diminue. Il en résulte l'absence de liens avec la proportion locale de personnes âgées.

Figure 34 : Proportions démographiques des personnes âgées et très âgées aidées dans l'agglomération Nantaise



Carte 26: Localisation, statuts et volumes d'heures travaillées des services d'aide à domicile de l'agglomération Nantaise



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

En 2007, le nombre de personnes âgées aidées dans **l'agglomération Nantaise** oscille entre 13 175 et 13 490 soit un taux démographique de personnes très âgées aidées d'un peu moins de 40 %. A partir des rapports d'activité des services d'aide à domicile, il a été possible de recenser le nombre de personnes âgées aidées suivant les découpages communaux. Pour des raisons géographiques, l'analyse tient compte des spécificités de l'agglomération selon la structuration urbaine (ville centre et communes de banlieue) et selon le clivage qu'opère la Loire. D'après les évaluations, les proportions de personnes âgées aidées sont solidaires des densités de services d'aide à domicile. Avec 49 % pour les plus de 82 ans, les personnes très âgées aidées dans la population totale sont surreprésentées dans les communes de la première couronne de banlieue, là où les densités de services sont les plus fortes. A l'inverse, les personnes très âgées aidées sont moins présentes dans les communes de la seconde couronne de banlieue (31 %). Bien qu'il y réside en proportion plus de personnes âgées, la proportion de personnes aidées sur la ville de Nantes est proche de celle de l'agglomération. On remarque aussi, que les personnes âgées aidées sont surreprésentées dans les communes de banlieue du nord de la Loire pourtant en proportion plus jeunes mais où les services d'aide à domicile sont plus concentrés.

Au contraire du nombre de personnes âgées aidées en 2007, il n'a pas été possible de classer géographiquement le nombre d'heures travaillées selon les découpages communaux. En effet, seuls les CCAS limitent leurs actions aux cadres communaux. Cependant, il a été possible de cartographier le nombre d'heures travaillées en 2007 (prestataire et mandataire confondus) par service d'aide à domicile.

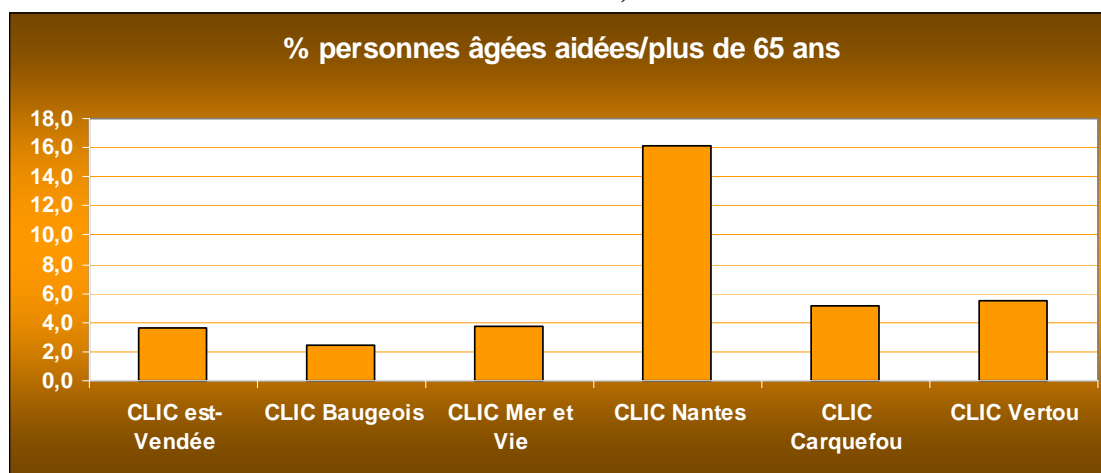
Il ressort clairement de la carte une forte hiérarchisation des volumes d'heures travaillées entre les services. Avec plus d'un million d'heures effectuées sur l'agglomération, l'ADAR localisée à Orvault, représente 60 % du total d'heures travaillées au domicile des personnes âgées sur l'agglomération nantaise. Viennent ensuite deux associations, l'AAFP et l'AREF (sur Saint-Herblain et Rezé) entre 120-130 000 heures travaillées en 2007. On recense ensuite une bonne douzaine de services (CCAS et associations) aux alentours des 30 000 heures par an. Enfin, le reste des services (associations récentes, associations locales et entreprises) présentent des volumes d'activités gérontologiques compris entre 2 et 12 000 heures par an. Géographiquement, on remarque que les sièges des services ayant les plus gros volumes d'activité ne sont pas sur Nantes, ils sont situés dans les communes de la banlieue proche (Orvault, Saint-Herblain et Rezé).

L'analyse géographique du nombre d'heures moyennes par personnes âgées amène les mêmes enseignements que l'analyse des taux de personnes âgées aidées par rapport à la population totale : **il apparaît un lien de corrélation entre la demande et la densité géographique de services**. Néanmoins, les activités d'aide à domicile doivent être resituées dans un cadre politique et géographique plus large, celui de l'action gérontologique. De cette prise en compte, nous allons pouvoir définir dans quelles dynamiques territoriales s'inscrivent les services d'aide à domicile.

d- Des demandes auprès des CLIC qui varient selon l'ancienneté et la couverture territoriale

A partir des rapports d'activité de six des huit CLIC des échantillons territoriaux d'observation, il a été possible d'évaluer l'impact sur le territoire de ce dispositif grâce à quatre indicateurs : le taux de personnes âgées aidées (et son évolution), la répartition géographique de la demande (et son évolution), la répartition par sexe et l'origine des demandes (famille/personne elle-même/professionnels gérontologiques). En dépit d'informations plus ou moins égales entre les documents, la structuration par âge, par GIR et par demande n'a pu être abordée.

Figure 35 : % personnes âgées aidées par un CLIC dans la population âgée locale (plus de 65 ans)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : rapports d'activités.

La proportion de personnes âgées aidées (information, orientation et évaluation) par les CLIC dans la population de plus de 65 ans est disparate. Ce sont les CLIC de l'agglomération nantaise qui présentent les taux d'aide les plus élevés. Viennent ensuite les CLIC Vendéens avec un taux légèrement inférieur à 4 %. Mais c'est surtout sur le territoire du CLIC de Baugé que les proportions de personnes âgées aidées sont faibles. Globalement, comme le rapportent les documents, les demandes auprès des personnes âgées auprès des CLIC sont de plus en plus nombreuses. Cette augmentation est surtout très forte pour les CLIC les plus récents (le CLIC Mer et Vie de Saint Gilles Croix de Vie a multiplié le nombre de personnes aidées de

2,5 entre 2006 et 2007) et suit une croissance annuelle de 10 à 15 % de personnes aidées par an pour les CLIC nés dans la première moitié de la décennie 2010.

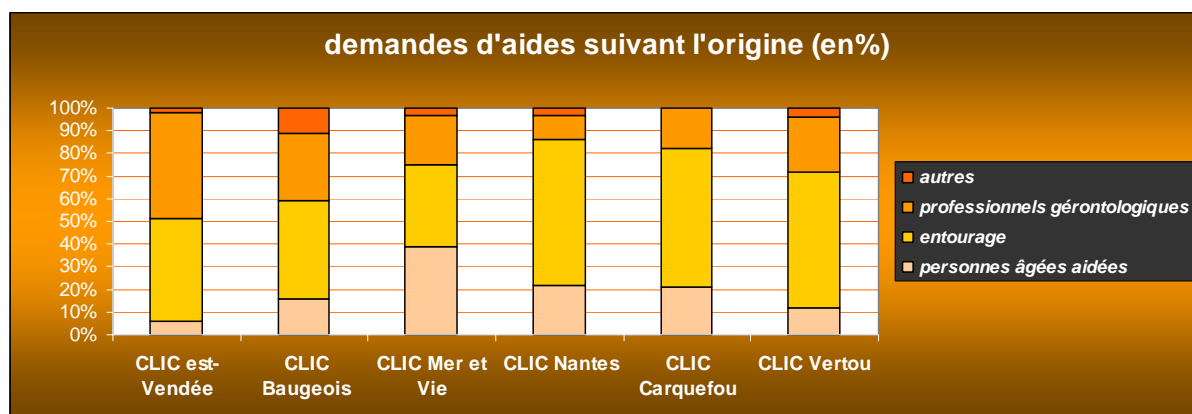
On observe que la pénétration locale des CLIC est plus forte dans les villes mêmes où siègent les CLIC et faiblit à mesure que l'on s'en éloigne. Sur le territoire du CLIC du Baugeois, les proportions de personnes âgées aidées sont plus fortes dans l'intercommunalité de Baugé (3,7 %) et très faibles dans les autres intercommunalités couvertes (entre 1,2 et 2,1 %). Sur le territoire du CLIC de Vertou, c'est sur Vertou et les communes voisines des Sorinières et de Basse-Goulaine que les proportions de personnes âgées aidées sont les plus fortes (entre 4,1 et 4,6 %). En revanche ces proportions sont plus faibles dans les communes les plus éloignées du siège du CLIC (entre 2,1 et 2,8 %).

La répartition des personnes aidées suivant le sexe et la nature des demandes (accès aux droits, vie à domicile et entrée en établissements) est homogène entre les CLIC. La représentativité des hommes dans la population aidée se concentre aux alentours du tiers. Même observation concernant la nature des demandes. Les demandes abordent en majorité la vie domicile (entre 40 et 50%), l'accès au droit (entre 20 et 32 %) et la vie en établissement (15 à 22 %). La répartition par âge (plus de 75 ans) montre que sur les sept échantillons, les demandes des personnes très âgées sont plus fortes sur les territoires les moins vieilliss. A l'inverse, on observe que sur les territoires où les populations très âgées sont très présentes, la proportion de plus de 75 ans aidés par les CLIC s'affaïsse.

Les origines des demandes d'aides auprès des CLIC varient d'un CLIC à l'autre. Les entourages familiaux et amicaux constituent la majeure partie des demandes en ville. Ce n'est pas le cas pour les CLIC ruraux. Pour le littoral vendéen, les personnes âgées se saisissent elles-mêmes du CLIC. La faiblesse des aides familiales sur les CLIC du Baugeois et de Mayenne est comblée par les professionnels gérontologiques locaux. Le CLIC est-Vendée se singularise par une représentation moyenne de l'entourage et une forte implication des professionnels dans l'origine des demandes d'aide. Il n'apparaît pas de liens entre le vieillissement, les besoins du territoire, et l'origine des demandes auprès des CLIC. En revanche, on note que la proportion des demandes émanant des personnes elles-mêmes et de l'entourage est plus forte en milieu urbain. Cette relation questionne sur l'accès et la lisibilité des CLIC auprès de populations âgées et des familles habitant dans les endroits plus reculés.

Figure 36 : Part des personnes de plus de 75 ans aidées par un CLIC et origine des demandes (en %)

CLIC est-Vendée	79
CLIC Baugeois	69
CLIC Mer et Vie	69
CLIC Nantes	74
CLIC Carquefou	91
CLIC Vertou	76



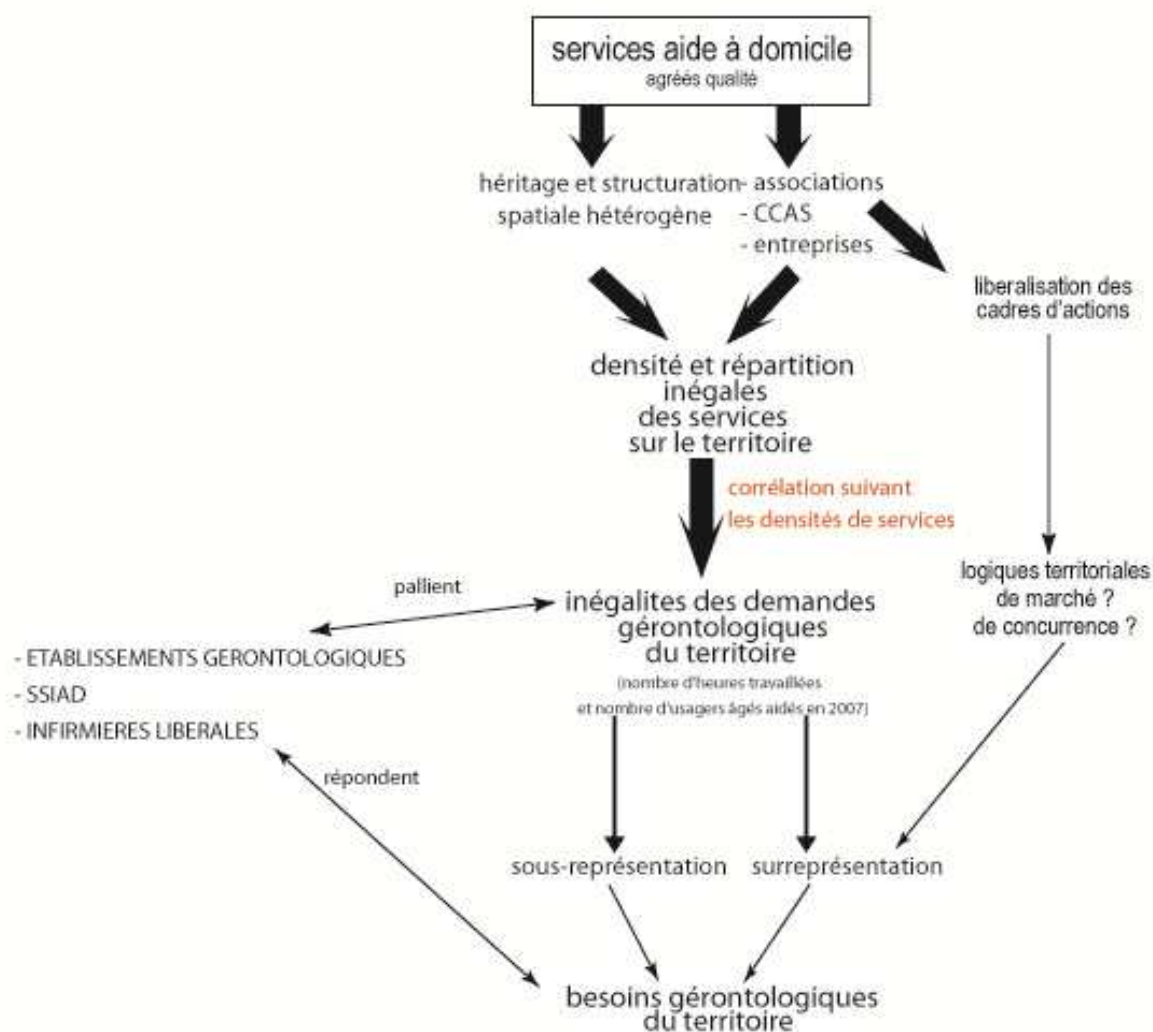
réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : rapports d'activités.

3- Les régulations géographiques de la dépendance

a- Des niveaux d'activités d'aide à domicile solidaires de la répartition territoriale de l'offre

Figure 37 : Schéma des interactions entre les services d'aide à domicile et les personnes âgées



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

La recherche de liens entre les demandes gérontologiques auprès des services d'aide à domicile, des SSIAD, des professions libérales et les taux d'établissements gérontologiques fait apparaître localement des liens. Menée à l'échelle des échantillons territoriaux, il ressort que la proportion de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile augmente à mesure que le taux d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD + SLD) diminue. Plus largement, il existe une corrélation entre les proportions de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile et le niveau local de l'offre médico-sociale (SSIAD + hébergement). Cette observation des interactions entre l'offre gérontologique globale et les demandes locales alimente l'existence d'une régulation locale de la demande suivant le niveau et la diversité de l'offre. Ce mécanisme de régulation est réel au niveau des échantillons ruraux et littoraux et, de fait, semble instaurer un rapport d'adaptation des besoins à l'offre. Centrés sur les activités des services d'aide à domicile, le schéma précédent montre les compensations géographiques qui existent entre les activités au domicile et en établissements.

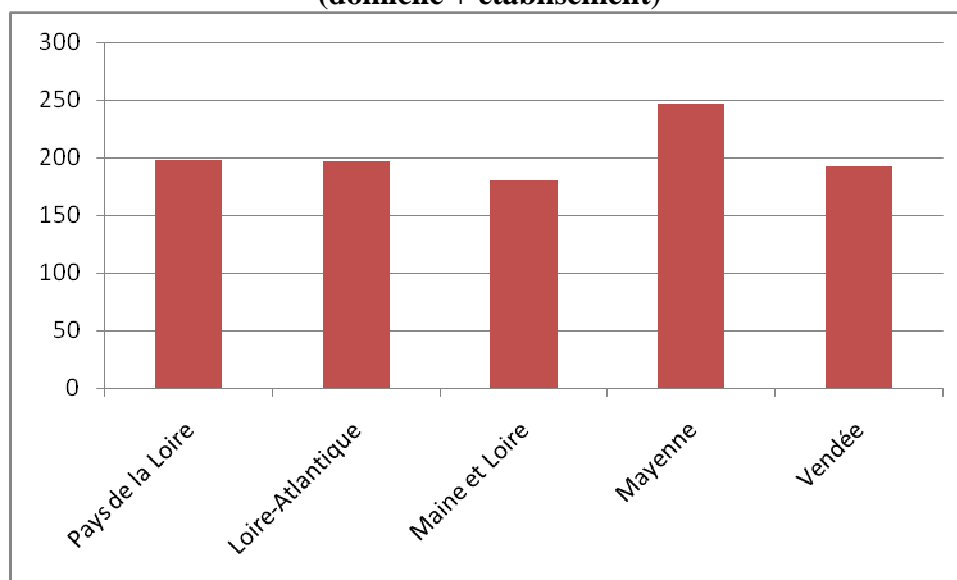
Les résultats exposés précédemment ne font pas apparaître des liens avec le vieillissement du territoire et avec la typologie territoriale de la dépendance. Les échantillons les plus vieux ne sont pas ceux où les demandes des personnes âgées sont les plus fortes, et inversement. C'est donc en englobant la totalité de l'offre de service de soutien à domicile et d'établissements gérontologiques que l'on pourra savoir à quoi correspondent les niveaux d'activité des services d'aide à domicile. L'évaluation territoriale de l'APA nous permettra d'y voir plus clair, et de dégager des éléments décisifs dans ces régulations.

b- L'évaluation territoriale de l'APA

En 2007, plus de 50 000 Ligériens bénéficient de l'APA, soit un ratio de 111 personnes pour 1 000 personnes de plus de 65 ans et un ratio de 196 personnes pour 1000 personnes de plus de 82 ans. Entre les quatre départements d'étude, la Loire-Atlantique compte le plus d'allocataires avec un peu de plus de 15 000, suivie du Maine-et-Loire, de la Vendée et de la Mayenne (un peu plus de 6 000). Néanmoins ramenés à la population très âgée (82 ans), les ratios APA entre les départements sont inégaux. De 198 pour la Région, le ratio pour 1 000

personnes de plus de 82 ans de bénéficiaires de l'APA est de 197 pour la Loire-Atlantique, 192 pour la Vendée, 180 pour le Maine-et-Loire et de 247 pour la Mayenne.

Figure 38 : Ratios pour 1 000 personnes de plus de 82 ans de bénéficiaires de l'APA (domicile + établissement)



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : Conseils Généraux.

Bien que disparates entre les départements, ces ratios départementaux correspondent en revanche aux caractéristiques socio-démographiques du vieillissement de la population qui montrent bien des prédispositions très fortes en Mayenne et des prédispositions plus favorables en Vendée et en Loire-Atlantique. L'IGAS confirme ces causalités socio-démographiques¹⁸⁷.

Tableau 36 : Ratios établissements / domicile des bénéficiaires de l'APA selon les départements de la Région Pays de la Loire

Pays de la Loire	1,61
Loire-Atlantique	1,73
Maine et Loire	1,61
Mayenne	1,25
Vendée	1,46

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : Conseils Généraux

¹⁸⁷ LAROQUE M., GUILLERMO V., VOISIN J., LACAZE D., 2010, *Synthèse 2010 de l'Allocation Personnalisée Autonomie*, Paris, IGAS, rapport, p.22-25.

La Mayenne fait également exception lors de l'analyse de la répartition des allocataires de l'APA suivant le lieu d'intervention. En effet, nettement majoritaires en établissements sur l'ensemble de la Région, les allocataires de l'APA sont en proportion plus nombreux au domicile en Mayenne. Pour un Conseiller Général de la Mayenne, cette singularité s'explique à travers la médicalisation tardive des foyers-logements du département qui a ainsi accru le poids des allocataires au domicile.

Dans le prolongement des constats départementaux, l'examen local de l'APA montre que l'allocation est inégale entre les échantillons territoriaux d'observation : il oscille de 174 pour 1 000 plus de 82 ans pour l'intercommunalité de Pouzauges à 234 pour l'intercommunalité de Mayenne. Comme le montre le tableau ci-dessous, ces ratios locaux ne suivent en rien le vieillissement local. A personnes âgées de plus de 82 ans égales, l'APA est inégalement allouée sur le territoire.

Tableau 37 : Nombre d'allocataires de l'APA, ratios de bénéficiaires de l'APA et vieillissement des échantillons territoriaux d'observation

	nombre total d'allocataires	ratio pour 1000 plus de 82 ans	% de plus de 82 ans
Nantes Métropole	7112	202	6.3
Choletais	861	181	6.0
Baugé	288	218	11.0
Pays St Gilles Croix de Vie	811	206	10.7
Pouzauges	272	174	7.5
Mayenne	479	234	7.7

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

source : Conseils Généraux.

Plus que des explications, il ressort de ces évaluations des interrogations sur le cas Mayennais : si les ratios montrent une relative pondération entre les trois autres départements,

la Mayenne s'illustre par une surreprésentation de l'APA au domicile. Or, comme il en a été question, à vieillissement égal, la Mayenne dénombre le plus d'intercommunalités où les besoins projetés de la dépendance sont les plus élevés. Selon la carte de la dépendance pas moins des deux tiers des 19 intercommunalités Mayennaises (situées en milieu rural) présentent des profils urgent et très urgent en matière de dépendance. A l'inverse, l'autre département le plus vieilli de la Région, la Vendée, mélange des intercommunalités présentant de très fortes prédispositions à la dépendance et d'autres où elles sont mesurées (littoral). Selon le Directeur du service d'action gériatrique de la Vendée, ces différences expliquent un ratio de bénéficiaires moins élevés : « les populations du littoral qui n'hésitent pas à retourner en ville ou se rapprocher des enfants (hors Vendée). En conséquence, les demandes APA sur ces territoires sont plus faibles en proportion. En revanche, au sud du département (rural), les besoins élevés sont suivis de demandes élevées et d'une assistance importante de nos services ». De son côté, le Directeur du service d'action gériatrique de la Mayenne explique que l'éloignement familial explique les proportions plus fortes des personnes âgées aidées.

Pour en savoir plus, l'examen à l'échelle des échantillons territoriaux de l'APA entre domicile et établissement auraient permis une meilleure comparaison avec les besoins gériatriques du territoire. Néanmoins, ne disposant que d'informations sur l'APA au domicile des GIR 1 au GIR 4, l'analyse géographique de l'allocation sera complétée par l'évaluation de ses liens ou non avec les besoins gériatriques locaux et la structuration de l'offre d'établissements et de services à destination des personnes âgées dépendantes.

c- L'APA, un régulateur local de l'action gériatrique

Le prolongement des évaluations territoriales de l'APA menée sur les intercommunalités d'observation, s'est fondé sur le postulat que l'APA joue un rôle de régulateur territorial en s'adaptant aux niveaux et aux types d'offres entre établissements et domicile.

La réalisation d'un tableau des corrélations a été instructive et s'est appuyée sur un choix de variables décisives : la proportion de personnes âgées de plus de 82 ans dans la population totale, le ratio d'allocataires APA pour 1 000 habitants de plus de 82 ans, le ratio d'actes infirmiers par personne de plus de 82 ans, le nombre de personnes âgées aidées par un service

d'aide à domicile pour 1 000 habitants de plus de 82 ans et le taux de places pour 1 000 personnes de plus de 82 ans en établissements médicalisés.

Il ressort de cette table de corrélation plusieurs enseignements. Le principal de ces enseignements tient au fait que le grand vieillissement du territoire n'est pas lié à la répartition géographique des établissements, des activités au domicile et de l'APA. Bien que les personnes très âgées soient très présentes dans la population des intercommunalités littorales, ces dernières présentent des proportions faibles de bénéficiaires de l'APA. A l'inverse, le grand vieillissement des intercommunalités de Mayenne et du nord du Maine-et-Loire s'accompagne d'une proportion élevée du nombre d'allocataires de l'APA. Plus que corrélée au grand vieillissement, cette dernière semble davantage rejoindre les projections de la dépendance.

Tableau 38 : Table des corrélations des variables relatives à la régulation territoriale de l'APA

plus de 82 ans	ratio allocataires APA	ratio allocataires APA domicile	ratio actes infirmiers	ratio personnes aidées SAD	taux équipement médicalisés
plus de 82 ans	0,41	-0,21	0,12	0,33	0,34
	ratio allocataires APA	0,27	0,41	0,38	0,93
		ratio allocataires APA domicile	0,85	0,48	-0,53
			ratio actes infirmiers	0,39	0,65
				ratio personnes aidées SAD	0,53
					taux équipement médicalisés

corrélation
significative : 0,46

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire.

Cette table des corrélations nous apprend également que la répartition des bénéficiaires de l'APA présente des liens avec celles des activités au domicile et avec les taux d'établissements médicalisés. L'allocation est avant tout solidaire de la structuration de l'offre gérontologique sur le territoire. Adossée au binôme établissement/domicile, l'APA touche 50 % de personnes situées en établissement. Or les niveaux d'activités des SAD sont corrélés aux taux d'établissements médicaux : plus les taux d'établissements sont élevés plus les activités des services d'aide à domicile baissent. Dans ce sens, l'APA se solidarise de ces déséquilibres et est plus élevé en proportion à mesure que les taux d'établissements médicaux augmentent.

Enfin il ressort de ce tableau, des liens étroits entre l'APA à domicile et les taux d'établissements médicaux. Si la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile ne présente pas de liens statistiques avec le grand vieillissement du territoire, elle présente des liens avec les activités au domicile et les taux d'équipements médicaux (corrélation négative). En effet, plus le taux d'équipements médicalisés diminue, plus la part des bénéficiaires de l'APA à domicile s'élève et plus le niveau local des activités d'aide à domicile s'élève.

Dans un autre sens, le niveau d'activité de soins au domicile et la répartition des établissements sont corrélés positivement : plus le taux d'équipements médicalisés est élevé plus les activités des SSIAD et des infirmières libérales augmente. L'adossement de SSIAD aux établissements médicalisés et la propension des infirmières libérales à intervenir en établissements expliquent ce lien.

En résumé l'APA présente nombres de liens géographiques avec la structuration de l'offre sur le territoire (et plus précisément l'offre d'établissements médicalisés). En concentrant une masse importante de ces bénéficiaires en établissements, la répartition géographique de l'allocation suit celle des établissements médicalisés. Dans ce sens elle ne présente, à première vue, pas de liens directs avec le vieillissement et les besoins de la dépendance du territoire.

d- L'APA adaptée aux besoins territoriaux de la dépendance

Comme il en a été question en seconde partie, les prédispositions territoriales de la dépendance dépendent d'une multitude de critères comme l'âge (seuil de 82 ans), le sexe, le mode de cohabitation et l'origine sociale. Au même titre que la matrice de corrélation précédente, le but de cette évaluation consiste à mesurer les rapports de corrélation ou non entre l'APA et les variables décisives dans le processus de dépendance.

Tableau 10 : Table des corrélations des variables relatives à l'APA et aux besoins de la dépendance

ratio allocataires APA	ratio allocataires APA domicile	plus de 82 ans	% femme	% CSP populaires	% de ménages isolés
ratio allocataires APA	0,37	0,41	0,01	0,03	0,62
	ratio allocataires APA domicile	-0,21	0,03	0,15	0,31
		plus de 82 ans	0,12	0,10	-0,52
			% femme	-0,53	0,79
				% CSP populaires	-0,52
					% de ménages isolés

corrélations significatives : 0,46

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

Le tableau des corrélations ci-dessus montre que la répartition de l'APA n'est pas corrélée significativement à une variable décisive du processus de dépendance. Pourtant, bien que le coefficient de corrélation entre la proportion démographique des vieillards et la proportion des allocataires l'ensemble des allocataires ne soit pas clairement significatif (15

% de marges d'erreur), il indique un début de solidarité entre l'allocation et le grand vieillissement.

Le second enseignement de la table est que la proportion de personnes très âgées isolées et la représentativité des allocataires sont liées statistiquement. Ce lien s'explique à travers les entrées en établissements qui se font majoritairement seules et à travers des critères d'évaluation qui prennent en compte la présence ou non d'un conjoint dans le dispositif d'aide. Dans ce sens, l'APA paraît adaptée à la morphologie cohabitationnelle des personnes très âgées sur le territoire. Au-delà de ces deux tendances, c'est surtout l'absence de liens entre la représentativité féminine et l'origine socio-professionnelle au grand âge et la répartition géographique de l'APA qui interpelle. Elle nous interroge sur les fondements territoriaux de l'APA et du vieillissement de la population et sur le rôle des établissements gérontologiques dans cette double construction.

Selon l'analyse des liens entre l'APA, les activités gérontologiques et le vieillissement du territoire, à l'exception des agglomérations de Nantes et de Cholet, l'échelle intercommunale s'avère limitée pour rendre compte avec exactitude les interactions spatiales de la dépendance. C'est la raison pour laquelle dans le prolongement des travaux menés en faveur du Conseil Général du Maine et Loire¹⁸⁸, l'Analyse en Composantes Principales (ACP) de l'ensemble des variables relatives à la dépendance dépasse l'échelle intercommunale et se positionne, de manière assumée, à l'échelle des Pays des échantillons territoriaux d'observation auxquels viennent s'ajouter 5 autres Pays de la Région (afin d'élargir la pertinence géographique des évaluations).

¹⁸⁸ BLANCHET M., 2009, *Atlas Gérontologique du Maine-et-Loire*, Angers, CARTA, p.55.

e- Une régulation structurée autour du binôme domicile/établissements et des densités démographiques

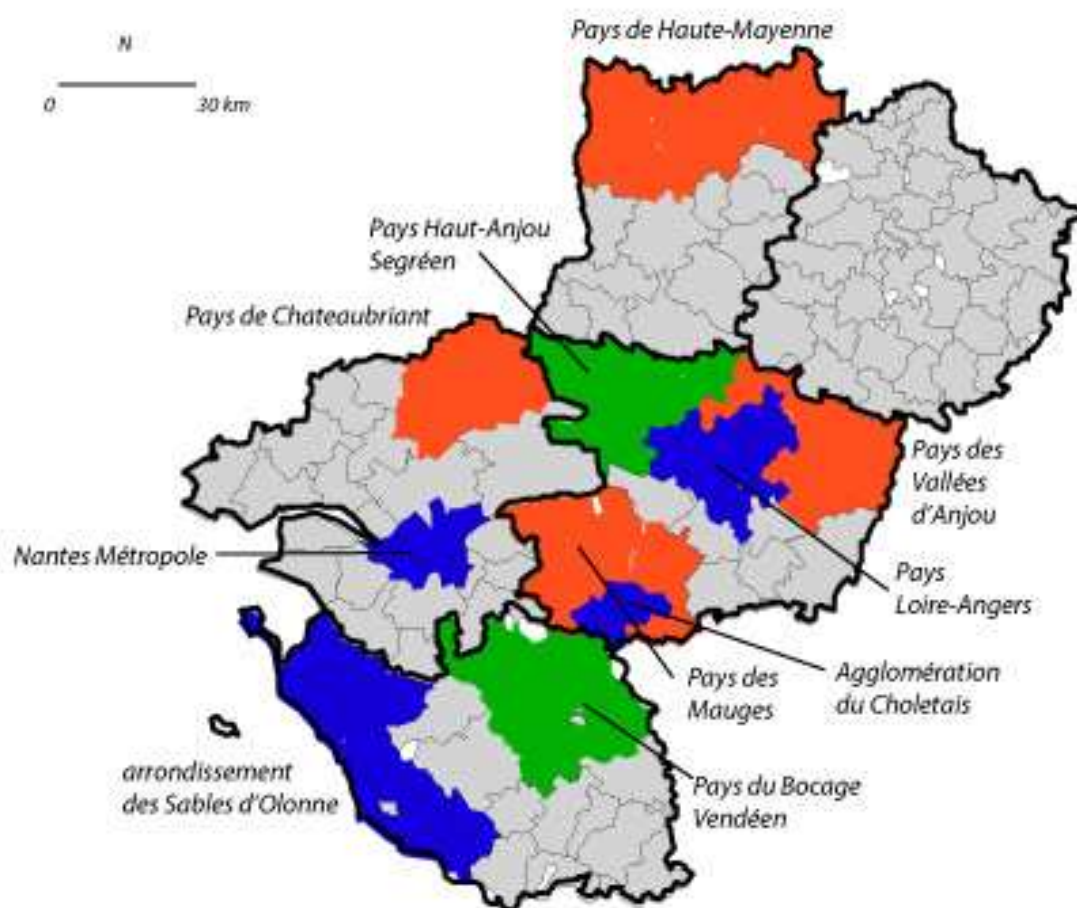
Dans le prolongement des évaluations précédentes, une Analyse en Composantes Principales (ACP) a été réalisée à l'échelle des Pays (11 individus) et sur une vingtaine de variables relatives à la dépendance. Il découle de ces analyses 3 enseignements qui font apparaître des dynamiques différentes entre Pays urbain (domicile) et rural (établissements).

L'analyse en composantes principales est une méthode statistique multivariée s'appliquant aux données quantitatives jouant le même rôle. L'ACP est une méthode factorielle du traitement de l'information car la réduction du nombre de caractères ne se fait pas par sélection de certains d'entre eux mais par l'élaboration synthétique obtenue en combinant les caractères initiaux au moyen des facteurs. Ces nouveaux caractères synthétiques sont représentés sur des axes factoriels épuisant une partie de l'information. On réduit généralement l'information de base à 2 ou 3 axes factoriels expliquant chacun une partie de l'information restante. L'intérêt de cette méthode en géographie est qu'elle permet de réduire les cinq indicateurs démographiques issus des deux derniers recensements à un seul caractère quantitatif synthétique : l'axe factoriel 1 qui épuise le maximum d'informations. Le nuage de points ci-dessus résume les corrélations entre les variables initiales regroupées autour d'un centre d'inertie. Le caractère opposé de l'ensemble des 11 points (Pays et intercommunalités urbaines) indique de fortes corrélations mais aussi de fortes oppositions.

Consciente des limites des intercommunalités, notamment en milieu rural, l'analyse des dynamiques locales de la dépendance s'est élargie géographiquement et s'est appuyée sur 9 Pays, 2 intercommunalités urbaines et 14 variables relatives à la dépendance. Dans le prolongement des travaux réalisés pour le compte du Conseil Général du Maine et Loire, le choix a été fait d'élargir les investigations à l'échelle des Pays ou des arrondissements pour mieux saisir les dynamiques géographiques de la dépendance. Ainsi les individus géographiques choisis sont le Pays de Nantes Métropole, le Pays de l'Agglomération Choletaise, le Pays des Vallées d'Anjou, le Pays de la Haute Mayenne, le Pays du Bocage Vendéen, l'arrondissement des Sables d'Olonne, le Pays de Châteaubriand, le Pays Loire Angers, le Pays des Mayennes et le Pays du Haut Anjou Segréen. Les variables choisies sont la densité démographique, la proportion démographique des personnes, des femmes de plus de

82 ans et des ménages isolés de plus de 82 ans, le ratio aidant/aidés, la proportion des ménages retraités d'origine populaire, les densités d'infirmières libérales, de places en SSIAD, de services d'aide à domicile, le taux d'équipement médicalisé, le ratio de bénéficiaires de l'APA, le ratio de bénéficiaires de l'APA à domicile, le ratio de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile par personnes de plus de 82 ans et le ratio d'actes infirmiers par personnes plus de 82 ans.

Carte 27 : Territoires d'observation de l'ACP relative aux régulations territoriales de la dépendance



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université Angers, 2009.

Il ressort en premier lieu de l'ACP, une forte inertie des deux premiers axes avec une contribution respective de 48 et 31 %. Le troisième axe a, quant à lui, une contribution de 10

% et ne paraît pas incontournable dans l'analyse territoriale de la dépendance. Nous nous concentrons donc sur une analyse approfondie des axes 1 et 2.

Tableau 39 : Contributions des axes factoriels de l'ACP relative à la régulation territoriale de la dépendance (en %)

axe 1	48
axe 2	31
axe 3	10
axe 4	4

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

Le premier axe présente une forte inertie et une forte structuration des variables et des individus. Avec la plus forte contribution, le taux d'équipement en établissements médicalisés polarise l'information. Il présente des relations positives avec la densité de SAD, et, à un degré moindre, la proportion démographique des plus de 82 ans. En revanche, il présente des relations négatives avec le ratio aidant-aidés, la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile et le ratio de personnes aidées par un service d'aide à domicile. Le premier axe de l'ACP fait clairement apparaître une structuration territoriale des activités de la dépendance autour du binôme établissements/domicile. La répartition des établissements et plus particulièrement des établissements médicalisés sur le territoire participe à la structuration du grand vieillissement du territoire, absorbe géographiquement l'APA et conditionne le niveau d'activités des services d'aide à domicile.

Tableau 40 : Contributions des variables sur les deux principaux axes factoriels de l'ACP relative à la régulation territoriale de la dépendance

	axe 1	axe 2
plus de 82 ans	68.6	-81.7
ratio aidants/aidés	-89.5	32.9
femmes*	45.8	12.3
retraités d'origine populaire	53.5	7.4
ménages isolés	24.9	166.5
densité population totale	36.2	135.6
densité infirmières libérales*	7.9	108.5
densité SSIAD*	60.7	5.1
densité SAD*	85.8	-87.9
taux de places médicalisées en établissements	109.7	-57.7
ratio actes infirmiers*	32.8	37.1
ratio personnes âgées aidées SAD*	-46.4	106.0
représentativité APA*	89.4	15.3
représentativité APA domicile*	-78.7	88.0

* plus de 82 ans

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

Il ressort du second axe dont l'inertie est de 31 %, une structuration suivant la densité démographique du territoire. En effet, la proportion de ménages très âgés isolés, la densité démographique et d'infirmières libérales ainsi que la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile contribuent positivement au second axe. La représentativité démographique des plus de 82 ans, la densité des SAD et le taux d'équipements en établissements médicalisés y contribuent négativement. Le second axe présente une forte structuration autour de la densité démographique du territoire. En effet à mesure que celle-ci croît, les caractéristiques urbaines (ménages isolés, surconcentration des professions libérales, faible densité des SAD, taux

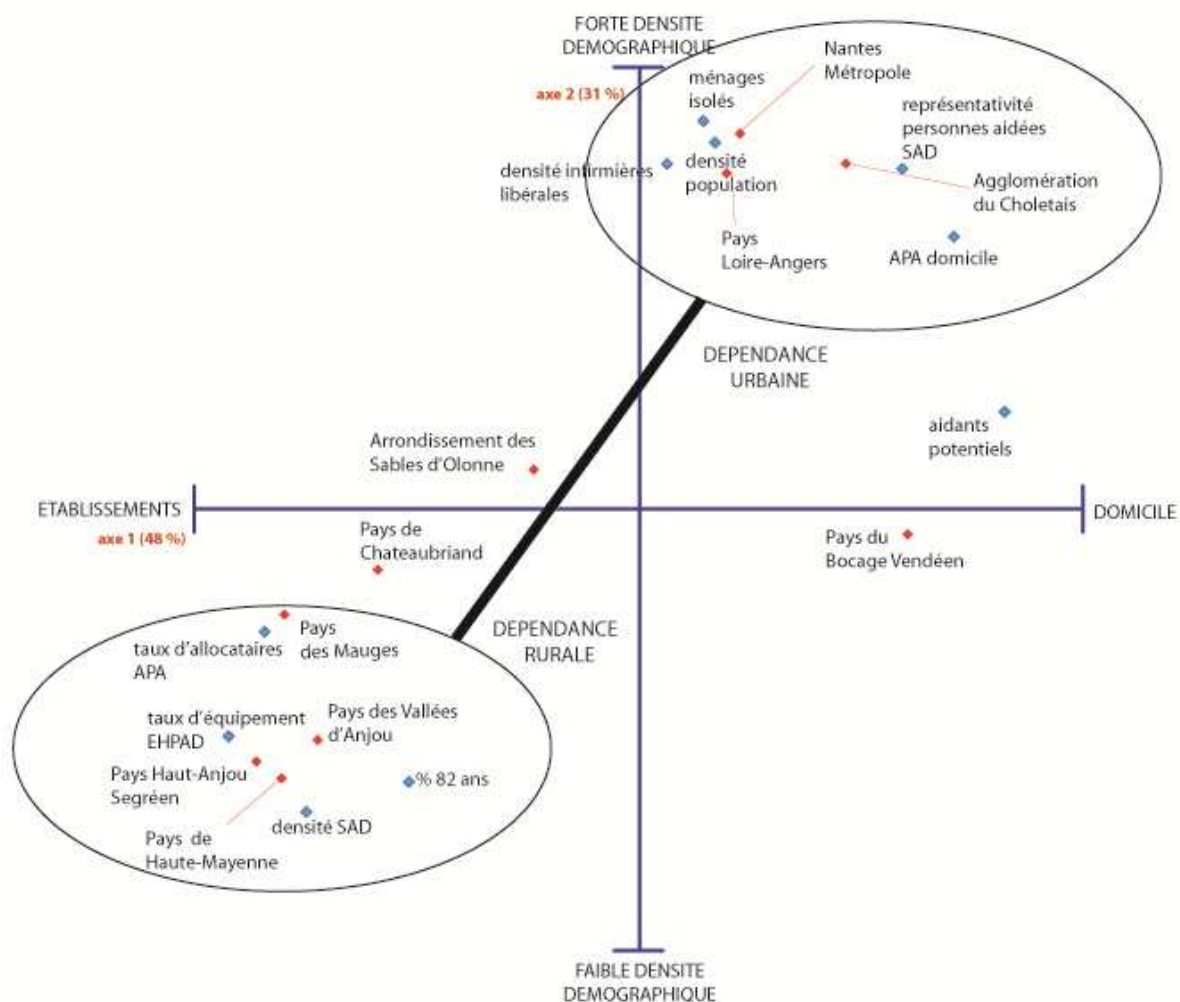
d'équipements médicalisés mesurés...) s'élèvent. Enfin, le troisième axe dont la contribution est de 10 % est structuré autour de la corrélation existante entre la représentativité démographique des plus de 82 ans et les ratios d'actes infirmiers par habitant de plus de 82 ans.

De la prise en compte des deux premiers axes, soit 79 % de l'information, il ressort une double structuration territoriale de la dépendance autour du binôme établissements/domicile et selon les densités démographiques. La mise en forme graphique des deux axes principaux de l'ACP nous permet de resituer les individus par rapport aux deux nuages de points projetés. Pour le premier nuage de points qui concentrent les variables relatives aux taux d'équipement médicalisés, d'allocataires de l'APA et de SAD par personnes de plus de 82 ans, on recense les Pays ruraux de Haute-Mayenne, de Haut-Anjou Segréen, des Vallées d'Anjou et, à un degré moindre, celui des Mauges. Ces territoires se caractérisent par des taux d'établissements médicalisés élevés, par une forte proportion des allocataires de l'APA, par une forte densité des SAD et, dans une moindre mesure, par une proportion supérieure des personnes de plus de 82 ans. Ce nuage s'oppose au second nuage de points qui concentre les intercommunalités urbaines de Nantes, Cholet et Angers. Celles-ci se singularisent par une forte proportion de ménages très âgés isolés, des densités démographiques élevées et des niveaux d'activités d'aide à domicile élevés.

Il ressort des dynamiques territoriales de la dépendance des clivages suivant le degré d'urbanisation. Dans ce jeu, les communes rurales, accompagnées par les Conseils Généraux, se sont saisies des établissements d'hébergement comme outil social et comme vecteur de développement économique. En raison des frilosités politiques locales, des jeux fonciers et en raison de l'émergence d'un cadre concurrentiel de régulation, les activités de la dépendance au domicile présentent une dynamique opposée.

Il apparaît au final que les dynamiques géographiques de la dépendance demeurent avant tout solidaires de la répartition des EHPAD sur le territoire. Edifiées et implantées dans des espaces en voie de vieillissement ou en déprise, les maisons de retraites médicalisées ont eu pour effet de fixer géographiquement le grand vieillissement et les dispositifs qui les accompagnent. Enjeu territorial, la dépendance s'est ainsi construite géographiquement selon un processus interactionnel entre les besoins gérontologiques locaux et les orientations politiques des pouvoirs publics sous un registre sectoriel et économique.

Figure 39 : Nuages de points de l'ACP relatif à la structuration territoriale de la dépendance



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

4- Une offre de proximité et sociale inégalement développée pour des demandes inégales

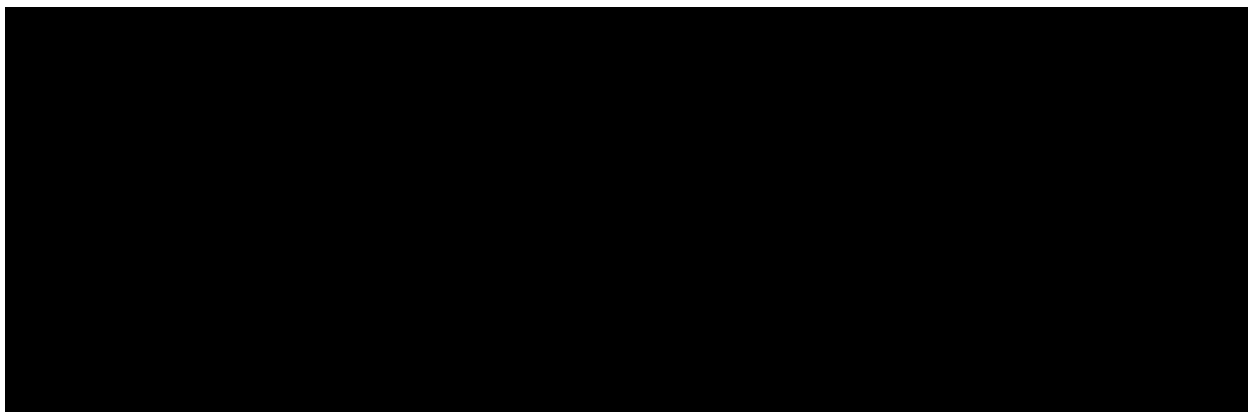
a- Les services de portage de repas à domicile

Les services de portage de repas complètent l'offre de services médico-sociaux et sociaux au domicile des personnes âgées. Historiquement, les services de portage de repas sont issus des foyers-logements dans les années 1970, encouragés puis développés par les communes dans les années 1990. C'est dans la montée en puissance de la prise en charge de la dépendance que s'inscrit la création de ces services. La mal-nutrition des personnes âgées, conséquence de la rudesse des retours au domicile après une hospitalisation ainsi que de la connaissance de difficultés passagères, a eu pour conséquence la création de service pour pallier à ces besoin précis. C'est tout d'abord dans un cadre communal que se sont développés ces services : en s'appuyant sur les établissements scolaires et/ou gérontologiques disposant de cuisines collectives. Au début des années 2000, pour des raisons économiques (concurrence et création d'emploi), le secteur a été élargi au secteur commercial. C'est donc dans un double contexte local à la fois hérité et concurrentiel qu'évolue le service de proximité.

Selon les rapports d'activité et les entretiens auprès des responsables de services de portage de repas le taux de personnes âgées aidées (pour 1 000 personnes de plus de 65 ans) est inégal entre les échantillons. Ces inégalités sont solidaires de la répartition géographique d'initiatives impulsées de manière inégale par les pouvoirs publics locaux. Bien que les services soient surconcentrés en milieu urbain, le taux de personnes âgées aidées pour 1 000 y est largement inférieur qu'en milieu rural. Entre les communes de Nantes et de banlieue dotées d'un service communal, les taux communaux de personnes âgées aidées sont inégaux et oscillent localement entre 14 à 26 personnes aidées pour 1 000 de plus de 65 ans. A l'inverse, grâce au service intercommunal, les personnes âgées aidées sont surreprésentées sur Cholet. Pour les échantillons de Mayenne, Baugé et du Canton de Saint Gilles Croix de Vie, les taux de personnes âgées aidées sont moyens entre 31 et 40 pour 1 000. Enfin, l'intercommunalité de Pouzauges, avec un seul service circonscrit à la commune de Pouzauges, qui a le taux de personnes âgées aidées le plus faible. Même si l'absence d'information des entreprises de Nantes et la résurgence d'activités informelles sur le

territoire interrogent sur la valeur et l'interprétation de ces données, il est aussi intéressant de se pencher sur les critères d'accès à ces services pour mieux appréhender ses effets sur la demande.

Figure 40 : Ratios de personnes âgées aidées par un service de portage de repas à domicile dans les échantillons territoriaux d'observation



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : recherches personnelles.

Pour les services publics, le critère géographique constitue une limite dans l'accès aux services. C'est notamment le cas pour les intercommunalités de Mayenne, de Nantes et de Pouzauges où l'échelle communale met à jour des inégalités locales. Suivant les services publics et associatifs, l'accès est soumis à des critères d'âge, de santé et de ressources. Bien que potentiellement discriminants, ces critères ont pour objectif de recentrer la mission de service public sur les personnes âgées dépendantes. Les services de Baugé, d'Orvault, Saint Sébastien sur Loire, Saint-Herblain, de l'AMAD (Saint Gilles Croix de Vie) respectent ces critères tandis que les services de Mayenne et Cholet n'ont pas des critères d'accès drastiques ce qui explique en partie une plus forte proportion plus forte des personnes âgées aidées sur ces échantillons. Les entreprises, dont le financement des repas entre dans le cadre de l'APA, présentent des tarifs plus élevés que les services publics et se situent sur un segment qualitatif de l'offre. De fait, en plus de travailler auprès d'un public plus large, les entreprises s'adressent à un public plus aisé et choisissent par conséquent des espaces où les populations âgées aisées sont les plus surreprésentées : en ville, dans les communes de banlieue aisées et sur le littoral.

Services majoritairement issus d'initiatives publiques locales, les interactions entre l'offre de services de portage de repas et la demande des personnes âgées dépendent de deux critères :

- de la proximité, puisque que les évaluations et les observations de terrain démontrent que le niveau de la demande est plus fort quand les services sont proches des populations âgées.
- des critères d'accès biologiques et géographiques.

b- Les services de transports à destination des personnes âgées

Faute de références quantitatives et qualitatives, il n'a pas été possible d'évaluer globalement les activités des services de transports à la demande (spécifiques aux personnes en perte d'autonomie) sur le territoire régional et sur les échantillons territoriaux. Nous l'avons vu lors de la partie précédente, l'offre est doublement structurée à l'échelle locale et départementale. Dans le cadre de notre étude régionale, nous retiendrons ces deux échelles et une attention particulière sera portée à l'intercommunalité urbaine de Nantes.

A l'échelle des **départements**, seule, la Loire-Atlantique et la Mayenne ont été en mesure de donner quelques informations relatives à la demande auprès de leurs services respectifs. Pour le service « **Lila** » du département de la Loire-Atlantique, la lecture de la carte et du tableau ci-dessous démontrent que les personnes âgées se sont inégalement approprié le service de transport à la demande sur le territoire. Tout d'abord quelque soit le lieu d'abonnement on observe que le nombre d'abonnés est plus important chez les personnes âgées et augmente avec l'âge.

Carte 28 : Les services Lila de transport à la demande (Loire-Atlantique)

Les services Lila à la demande



Lorsqu'il n'y a pas de ligne de transport régulier, un service ULA à la demande vient vous chercher à votre domicile et vous conduit à la destination de votre choix dans les limites du secteur desservi.

Caractéristique des abonnés à Lila à la demande fin mars 2007

	Ancenis	Châteaubriant	Erde-et-Gesvres	Retz Grandlieu	Pontchâteau	Ensemble des zones connues
Nombre d'abonnés	1 391	2 081	494	1 660	359	5 985
dont âgés de 60 à 74 ans	105	344	113	268	58	888
dont âgés de 75 ans et plus	277	783	185	705	137	2 087
Pourcentage d'abonnés dans la population totale	2,9	4,1	1,1	3,4	1,4	2,8
la population des 60-74 ans	1,6	4,2	2,5	4,3	1,6	3,0
la population de 75 ans et plus	7,7	18,9	8,6	20,0	7,0	13,6

Source : Conseil Général de Loire-Atlantique - Lila à la demande

source : Conseil Général Loire-Atlantique

Mais selon l'Insee Pays de la Loire, cela ne tend pas à gommer les différences entre les secteurs d'abonnement : « *Sur l'ensemble des zones d'Ancenis, Châteaubriant, Retz Grandlieu, Sillon et Erdre-et-Gesvres, fin mars 2007, Lila à la demande compte près de 6 000 abonnés. La moitié d'entre eux est âgée de 60 ans et plus : moins de 15 % sont âgés de 60 à 74 ans et 35 % d'au moins 75 ans. Toutefois des différences apparaissent entre les cinq territoires. Les abonnés de 75 ans et plus sont en effet nettement plus nombreux dans le secteur de Retz Grandlieu où ils représentent 42 % de l'ensemble des abonnés alors qu'ils ne sont que 20 % dans celui d'Ancenis. Rapporté à la population desservie du même âge, Ancenis est la zone qui enregistre le moins d'abonnés parmi les personnes de 75 ans et plus :*

moins de 8 % alors que ce taux est de près de 20 % dans les zones de Châteaubriant et surtout Retz Grandlieu »¹⁸⁹.

En 2003, la définition d'un nouveau schéma départemental de déplacement a conduit le Conseil Général de la Mayenne à créer un service de transport à la demande, le « **petit Pégase** ». Le service qui fonctionne sur réservation et quatre demi-journées par semaine dessert 241 communes et 210 000 habitants. Le service est sectorisé en 6 zones géographiques à l'intérieur desquelles il est possible de demander d'emprunter une ligne régulière à la demande ou un trajet plus spécifique pour un trajet coûtant de 2,5 à 4 euros. Depuis sa création en 2003 et la forte campagne d'information qui a suivi sa mise en réseau, le service de transport à la demande a vu le nombre de ses clients âgés augmenter de manière régulière, de 6 500 pour les plus de 60 ans fin 2003 à un peu moins de 12 000 quelques années plus tard. En 2006, le service transporte un peu plus de 22 000 personnes dont 53 % de personnes âgées de plus de 60 ans (11 600). A l'instar, du service Lila, les demandes du public âgé sont inégales entre les secteurs du Petit Pégase : selon le Directeur du service, contacté par téléphone, les demandes des personnes âgées sont plus fortes à mesure que les densités démographiques croissent.

En milieu urbain, en 2007 le service de transport urbain de l'agglomération de Nantes, la **SEMITAN**, compte un peu moins de 10 000 abonnés de plus de 60 ans ce qui équivaut à 10 % de l'ensemble des abonnés. La SEMITAN avance les fortes proportions de scolaires et d'actifs pour expliquer cette faible proportion (les personnes âgées représentent 18 % de la population totale). Le service de transport à la demande « Proxi tan » à destination des personnes âgées en forte invalidité a augmenté son activité annuel de 10 % ces dix dernières années. Selon le Directeur du service, les personnes âgées représentent aux alentours du quart des 3 500 clients du service et des 160 000 courses annuelles. Respectivement 1,5 et 2,5 % des plus de 65 ans et de 82 ans de l'agglomération nantaise font appel à ce service ce qui est peu en comparaison au service départemental « Lila ». Seulement la problématique n'est pas la même qu'en milieu rural et l'agglomération dispose d'un maillage de transports collectifs plus dense. Selon lui, le poids des personnes âgées est amené à augmenter en fonction du nombre de plus en plus élevé de personnes âgées dépendantes. En parallèle, quelques associations ou offices de retraités de banlieue sont à l'initiative de navettes de transports à

¹⁸⁹ PETILLON X., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, in Insee Dossier, n°28, Insee Pays de la Loire, p.37.

destination des plus anciens. Les responsables des offices de retraités de Sautron et de Couëron ont tous pointé du doigt le manque de solutions de transports intermédiaires à destination des personnes âgées. Pour répondre à cette inadaptation (horaires scolaires, distances...), les offices ont mis en place une navette de transports à disposition des anciens lors d'événements ou de sorties sur Nantes.

Au final, la capacité des personnes âgées à se déplacer en toute autonomie est inégale sur le territoire régional et ce à plusieurs échelles et pour différentes raisons. Tout d'abord en raison d'un maillage de transports collectifs et de transports à la demande inégal sur le territoire (surtout en milieu rural). Cette inégalité en milieu rural s'explique par la difficulté des services administratifs et politiques des départements à établir des politiques mêlant différentes compétences mais aussi par des choix, des arbitrages en faveur d'autres types de services et publics. Enfin en milieu urbain, le plafonnement élevé de l'invalidité d'accès conduit à l'exclusion du parc de transport urbain d'un pan non négligeable des personnes âgées. Cet accès limité se traduit localement par la création et l'organisation ponctuelle de services de transports par les associations. A travers les rapports entre les personnes âgées et les services de transports, c'est l'adaptation des réseaux de transports aux spécificités de la population âgée qui est interrogée. Pour répondre à ces enjeux, les collectivités territoriales, administrent directement les services de transports à la demande via des services publics ou indirectement par l'intermédiaire de Société d'Economie Mixte. Au final, selon la DATAR, le cadre réglementaire et territorial des services de transports à la demande s'avère peu propice à la croissance, à l'adaptation et à la diversité de l'offre de transports sur le territoire : *« Enfin, l'aménagement du territoire et l'organisation des services et activités doivent être pensés de manière à ne pas faire supporter toutes les contraintes au système de transport. Il ressort de l'étude que l'Etat a un rôle important à jouer, principalement à travers la définition d'un cadre réglementaire à la fois souple et équitable et la prise en compte de la question de la mobilité dans toutes les politiques territoriales »*¹⁹⁰.

¹⁹⁰ DATAR., DTT., ADEME., 2004, « Services à la demande et transports innovant en milieu rural : de l'inventaire à la valorisation des expériences », Clermont-Ferrand, Grenoble, 2004, p.3.

c- Des demandes d'amélioration et l'adaptation de l'habitat polarisées ?

Le but de cette partie est d'évaluer les interactions entre l'offre d'adaptation et d'amélioration des logements des personnes âgées et les personnes âgées. Pour des raisons d'informations, l'échelle d'observation ne portera que sur les départements de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Vendée. En effet, il n'a pas été possible de récolter des données à l'échelle des échantillons locaux d'observation.

En 2007, 5 308 retraités propriétaires occupants ont bénéficié d'une aide économique (Anah, collectivités territoriales et caisses de retraites confondus) dans le cadre de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat. Les demandes ramenées aux effectifs âgés de plus de 65 ans, c'est la Mayenne, avec un peu moins de 9 personnes âgées de plus de 65 ans sur 1 000, qui présente le ratio de personnes âgées aidées le plus important. Elle est suivie du Maine-et-Loire (8,5 pour 1 000), de la Vendée et de la Loire-Atlantique (respectivement 7,7 et 7,5 personnes âgées aidées pour 1 000). Avec un ratio de 5,6 pour 1 000 habitants de plus de 65 ans, la Sarthe ferme la marche. La proportion de personnes âgées aidées est donc inégale entre les départements.

Tableau 41 : Nombre de personnes âgées aidés dans le cadre de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat (2007)

	personnes âgées aidées
Loire-Atlantique	1689
Maine et Loire	1296
Mayenne	592
Sarthe	692
Vendée	1039

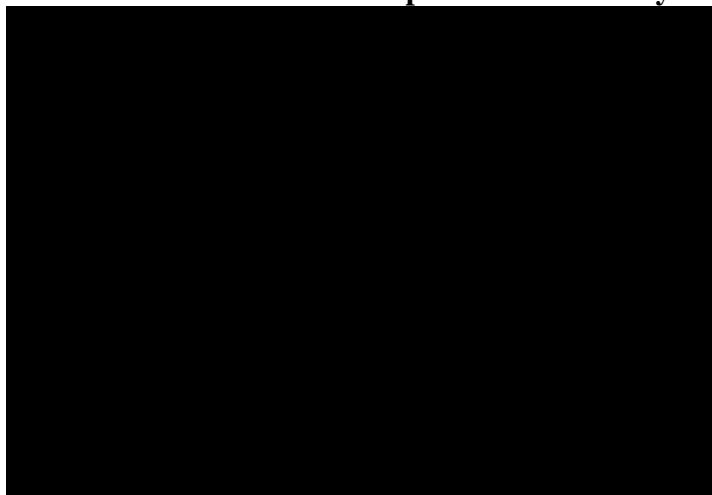
réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : agences Pact-ARIM.

A l'échelle locale, il n'a été possible que de travailler sur le département du Maine-et-Loire. A ce sujet, l'Atlas gérontologique du Maine-et-Loire constate que la répartition géographique des demandes ne suit pas celle des besoins : *« Il existe aussi de profonds déséquilibres territoriaux entre les conditions d'habitation des personnes âgées et la répartition des ménages aidés sur le Maine et Loire. Le ratio de personnes âgées aidées est de 2,58 pour 1 000 pour le département. Ce taux est supérieur à 5 dans les intercommunalités où les conditions d'habitation des personnes âgées sont les plus favorables : c'est le cas des intercommunalités des Mauges où les logements anciens et sans confort occupés par des anciens sont sous représentés. A l'inverse, les ratio de ménages aidés sont inférieurs à 2 pour 1 000 au niveau des intercommunalités rurales de l'est du département et d'Angers où les ménages retraités occupant des logements anciens et vétustes sont surreprésentés »*¹⁹¹.

Néanmoins, il convient d'être prudent sur l'interprétation de ces résultats dans la mesure où ces données se limitent au département du Maine-et-Loire.

Figure 41 : Ratios de personnes âgées aidées dans le cadre de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat dans les départements des Pays de la Loire



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : agences Pact-ARIM – ANAH.

¹⁹¹ BLANCHET M., 2009, *Atlas gérontologique du Maine-et-Loire*, Angers, convention CNRS, p.49.

e- Le minimum vieillesse : une allocation en recul et adaptée géographiquement

A partir des statistiques des MSA régionales et de la CRAM Pays de la Loire, il a été possible d'observer sur le territoire régional les proportions de personnes âgées bénéficiant du minimum vieillesse. En outre, il a constaté une répartition adaptée des bénéficiaires du minimum vieillesse.

En 2007, 16 613 retraités perçoivent le minimum vieillesse soit 2,37 % des plus de 65 ans. La proportion des bénéficiaires du minimum vieillesse est homogène entre les départements, allant de 2,1 en Sarthe à 2,6 % en Vendée. En revanche elle ne l'est pas à l'échelle infra-départementale. En atteste les travaux de l'Insee pour le Conseil Général de Loire-Atlantique et les proportions hétérogènes des échantillons territoriaux. C'est sur la commune de Baugé que cette proportion la plus forte avec 4,6 % soit deux fois plus que celle de la Région (2,4 %). Selon les échantillons territoriaux d'observation, le taux de bénéficiaires du minimum vieillesse est surélevé dans les intercommunalités de Nantes et de Baugé, moyen dans les intercommunalités de Pouzauges et de Mayenne, et sous-élevé dans les intercommunalités de Saint-Gilles Croix de Vie et de Cholet.

Figure 42 : Ratios de bénéficiaires du minimum vieillesse / personnes âgées de plus de 65 ans des échantillons territoriaux d'observation



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : CRAM – MSA Pays de la Loire

Sur l'intercommunalité de Baugé, cette forte proportion qui s'explique par une forte proportion des faibles revenus à la retraite (forte représentation des personnes très âgées, des femmes et des anciens agriculteurs). En ville, les causalités révèlent les mêmes origines : les femmes y sont surreprésentées, ainsi que les ménages seuls également et que les anciens ouvriers ou personnes ayant peu travaillées (donc cotisés). C'est sur le littoral, en banlieue nantaise, sur l'agglomération choletaise et la ville de Mayenne que l'on observe les proportions de bénéficiaires du minimum vieillesse les plus faibles. Dans le prolongement de ces constats, l'Insee Pays de la Loire montre que les proportions de bénéficiaires du minimum vieillesse sont plus fortes dans les intercommunalités rurales du sud-ouest et du nord de la Loire-Atlantique : *« C'est dans le nord du département, espace rural, que les allocataires sont, proportionnellement, les plus nombreux. Ainsi, à Derval, dans le Pays de Guémené-Penfao et dans la région de Nozay, plus de 4 % des séniors bénéficient de l'AS du FSV. Ces territoires ont une forte vocation agricole : ils comptaient, en 1999, une part plus importante que dans l'ensemble du département, d'agriculteurs et surtout de retraités agricoles pour lesquels les pensions sont plus faibles. À l'inverse, dans la communauté de communes du Cœur d'estuaire, seul 1 % des personnes de 60 ans et plus perçoivent l'AS du FSV »*¹⁹².

Les résultats ci-dessus actent une répartition géographique de l'allocation calquée sur les composantes sociales et démographiques du vieillissement du territoire. Dès lors, il apparaît sur le territoire que :

- la proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse est plus forte à mesure que la population et la densité s'élèvent.
- il existe en milieu rural, une différence notable entre les espaces où les anciens agriculteurs sont surreprésentés (Sarthe, Mayenne, nord Loire-Atlantique, sud Vendée, nord Maine et Loire) et les campagnes industrialisées où ils le sont moins (Choletais, Saumurois, couronne industrielle péri-urbaine de Nantes, bocage vendéen). Ces différences montrent que les espaces à dominantes agricoles sont ceux où les proportions de personnes âgées bénéficiant du minimum vieillesse sont les plus fortes.

¹⁹² PETILLON X., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, in Insee Dossier, n°28, Insee Pays de la Loire, p.28.

- le flux massif de jeunes retraités et de retraités aisés sur le littoral contribue à faire baisser les proportions de bénéficiaires du minimum vieillesse (ces derniers étant localisés dans les communes de l'arrière-pays et étant issus du monde agricole).

Au-delà de ce triple constat géographique, il est important de rappeler que le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse a diminué sur tout le territoire régional et national¹⁹³. Sans équivoque, cette baisse est le fruit d'une élévation générale du niveau de vie des retraités. Néanmoins, ce succès socio-économique doit être pérennisé par les pouvoirs publics. En effet, dans un système incitant de plus en plus le système par capitalisation, il sera important de suivre la stratification économique des retraites mais également d'évaluer en parallèle l'évolution des plafonds d'éligibilité au FSV afin d'avoir une bonne appréciation du taux et de sa géographie et des enjeux politiques et financiers qui lui sont consubstantiels. En effet, l'arrivée de toute une génération ayant connu des trajectoires familiales et professionnelles plus précaires interroge sur l'accompagnement à venir de ces populations qui vieillissent.

e-Les interactions entre les CCAS et les associations dans un contexte de croissance des demandes des personnes âgées

Les prestations extra-légales, même si elles prennent des formes diverses, ne sont valables qu'en situation de dépendance au domicile : déplafonnement des heures d'aide ménagère, prise en charge des frais de repas, aide pour la téléalarme, prestation d'aide aux transports.... Chaque Conseil Général alloue chaque année une faible partie de son budget gérontologique à ses compensations économiques et sociales à destination des personnes âgées dépendantes les moins aisées. Les prestations extra-légales ne constituent pas une manne économique insupportable pour les financeurs. La prise en charge des personnes les moins aisées (habilitation à l'aide sociale) en établissement représente un effort économique. Malheureusement, le nombre de personnes âgées en bénéficiant dans la Région n'a pu être relevé. A l'échelle nationale, la DREES constate qu'entre 2003 et 2007, le nombre de

¹⁹³ AUGRIS N., 2008, *Les allocataires du minimum vieillesse*, Paris, in Etudes et Resultats, n°631, p.1-8.

personnes âgées accueillies en établissement au titre de l'ASH est passé de 112 363 à 114 127, soit une augmentation d'un peu plus de 2 %¹⁹⁴. Dans le même temps, la DREES révèle que le nombre d'allocataires de l'APA a explosé sur la même période avec 55 % de demandes en plus entre 2003 et 2007 et que la population âgée vivant en établissement a augmenté de 12 %. Cet écart d'évolution entre le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en établissements et le nombre de personnes âgées en établissements se traduit par une baisse significative de la pauvreté des personnes âgées et à travers le maintien des solidarités familiales.

A l'échelle locale, même s'il est difficile d'offrir un comparatif entre l'offre, la demande et les besoins des personnes âgées en situation de pauvreté, les entretiens téléphoniques ainsi que la consultation de rapports d'activités des CCAS des échantillons territoriaux d'observation ont permis d'en savoir plus sur le panel de services proposés à l'échelle locale et de voir quelles sont les évolutions des demandes émanant des catégories âgées.

Tableau 42 : Centres Communaux d'Action Sociale interrogées sur leurs dispositifs de lutte contre la pauvreté et la précarité des personnes âgées

	CCAS
Nantes Métropole	7
Agglomération du Choletais	2
Pays de Mayenne	1
Pays de Pouzauges	0
Canton de Baugé	1
Pays St Gilles Croix de Vie	3

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

sources : CCAS.

Sur l'ensemble des échantillons territoriaux d'observation, quatorze CCAS ont été interrogés directement ou par téléphone sur leurs activités à destination du public âgé pauvre. Un peu moins d'un tiers d'entre eux (4) affirment ne pas avoir ce type d'activités. C'est le cas de deux des CCAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie, du CCAS de la banlieue de Cholet interrogé et d'un CCAS de la seconde couronne de banlieue nantaise. Pour les autres CCAS,

¹⁹⁴ BAILLEAU G., TRESPEUX F., 2008, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2007*, Paris, in Etudes et Résultats, DREES, n°656, p.8.

les actions à destination des situations de pauvreté au grand âge sont homogènes sur la forme mais inégales en proportion. La principale aide repose sur le paiement des factures énergétiques. L'octroi de bons alimentaires (7 sur 10) est une aide un peu moins répandue mais très forte en milieu urbain. Enfin, les autres formes d'aides (organisation de repas, aide vestimentaire) ne sont pas univoques à l'ensemble des CCAS et semblent être le fruit d'initiatives et de proximités locales.

Il ressort que les demandes d'aides économiques et sociales des personnes âgées demeurent résiduelles et suivent les proportions de bénéficiaires du minimum vieillesse. La proportion des personnes âgées aidées est très faible dans les communes où les proportions de bénéficiaires du minimum vieillesse sont sous-élevées (CCAS du canton de Saint Gilles Croix de Vie, de la banlieue Choletaise et de la seconde couronne de banlieue nantaise). En revanche, les proportions de personnes âgées aidées par les CCAS sont plus fortes dans les communes de Baugé et de Pouzauges où les bénéficiaires du minimum vieillesse sont surreprésentés. Sur la ville de Nantes, le taux de personnes âgées aidées par le CCAS par rapport à la population de plus de 65 ans est 2 % (les personnes âgées représentent 3 % des demandes d'aide sociale du CCAS de Nantes). Ce déséquilibre s'observe également sur les communes de Rezé et de Saint-Herblain (banlieue de Nantes) où les proportions de personnes âgées aidées sont de moins de 1 %.

Depuis cinq ans, trois CCAS indiquent que les demandes émanant des personnes âgées ont baissé. Elles ont stagné pour quatre des CCAS interrogés. Mais surtout, elles ont augmenté pour sept des CCAS consultés. Les situations de baisses s'observent dans les communes de banlieue des agglomérations de Nantes et de Cholet. Depuis 3 ans les demandes d'aides sociales gérontologiques ont stagné au niveau des CCAS de Nantes et de Cholet, ce qui au final se traduit par une baisse de la proportion des personnes âgées aidées. C'est également le cas pour le CCAS de la ville de Mayenne où les demandes d'aides stagnent depuis quelques années. Mais c'est surtout en milieu rural que l'on constate une augmentation de la demande d'aide des personnes âgées auprès des CCAS depuis 3 à 5 ans (particulièrement forte sur l'intercommunalité de Baugé).

Les demandes d'aide sociale des personnes âgées auprès des CCAS sont inégales sur le territoire. Ces inégalités suivent la répartition des faibles revenus des personnes âgées sur le

territoire. Elles révèlent également une demande inégale sur le territoire. Si cette inégalité de la demande suit inégalement les prédispositions économiques et sociales locales sur certains territoires. En parallèle, 6 associations caritatives situées sur les intercommunalités de Nantes (4), de Cholet (1) et de Baugé (1) ont été interrogées directement et téléphoniquement sur le nombre et l'évolution des demandes provenant de la population âgée. Néanmoins, aucune n'a été en mesure de présenter un niveau d'activité suffisamment significatif pour mesurer le poids des interactions entre les CCAS et le secteur associatif. Cependant, 5 des associations interrogées affirment connaître une augmentation des demandes des personnes âgées depuis 2 ans, Dans cette sombre perspective, le journal Libération et le collectif « Alerte » (ATD quart-monde, petits frères des pauvres...) estiment que, sous le poids du chômage des seniors, le nombre et la part de personnes âgées aidées par les associations caritatives a augmenté ces dernières années et risque d'augmenter : « *Les conditions sont réunies pour que l'on voie apparaître dans les années qui viennent un nombre vraiment plus important de situations dramatiques* »¹⁹⁵.

¹⁹⁵ LIBERATION, 28/09/2010, *La précarité grandissante des personnes âgées inquiète les associations*, Paris, p.8.

CHAPITRE IX – POUR QUELLES REGULATIONS SPATIALES EN SITUATION DE BESOIN ?

1- Objectifs et méthodologie de l'enquête

a- Objectifs de l'enquête

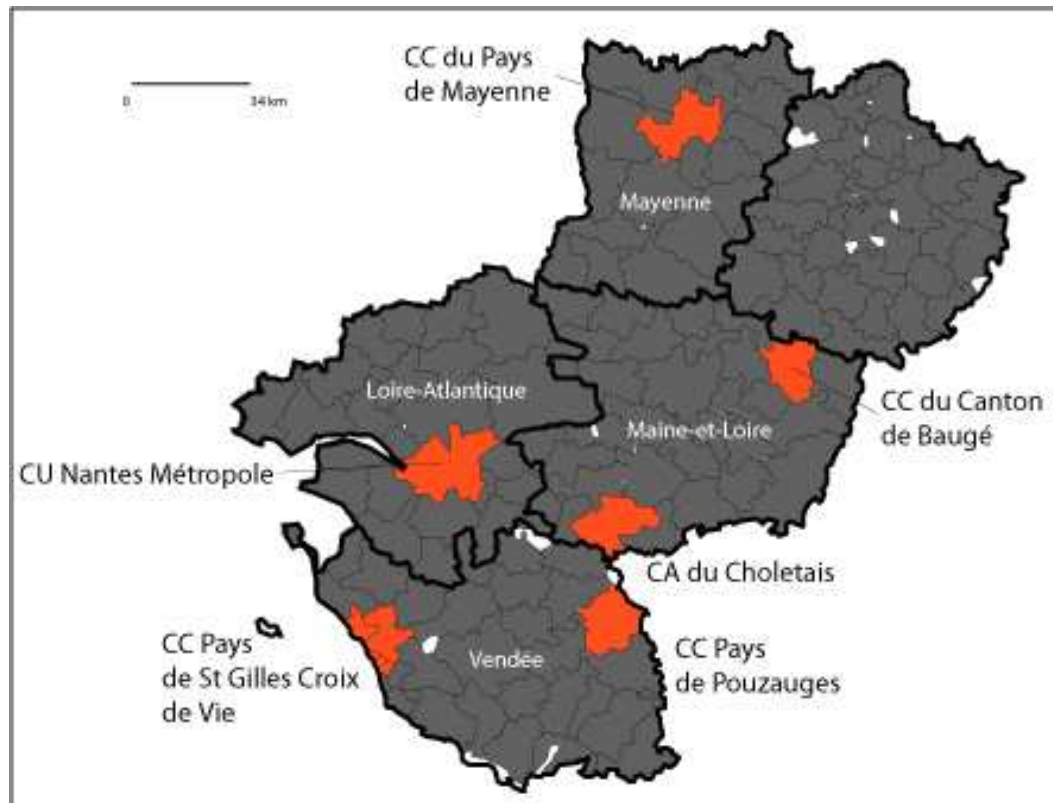
Selon les résultats précédents, il existe un rapport d'adaptation locale de la demande des personnes âgées à l'offre de services et d'établissements gérontologiques. Une dizaine d'années après les recherches de J. MONTOVANI¹⁹⁶, notre enquête a pour but d'évaluer l'impact des politiques de la vieillesse de ces dix dernières années sur les pratiques des personnes aidées. A travers la réalisation à grande échelle d'un questionnaire sur les stratégies de recours en situation de besoin. La volonté de questionner directement les personnes âgées fait suite à la volonté d'approfondir les connaissances sur les régulations géographiques entre les personnes âgées et l'offre. En effet, comment ces dernières utilisent-elles ou non et s'adaptent-elles à l'offre locale d'allocation, de service et d'établissement ? Dans cette optique, en plus des renseignements relatifs aux personnes interrogées, le questionnaire est structuré en trois parties :

- une première qui évalue les modalités de recours (recours direct, aide de la part d'une tierce personne...) des personnes âgées en situation de besoin.
- une seconde qui évalue l'existence et le niveau des aides apportées par la famille en situation de besoin.
- une troisième qui évalue l'existence et le niveau des aides apportées par les amis et le voisinage en situation de besoin.

¹⁹⁶ MONTOVANI J., *Les interactions entre offre et demande d'aide à domicile, d'hébergement et de soins*, Toulouse, Programme ESPACE, SANTE et TERRITOIRE, DRES-MIRE-DATAR, p.160.

b- Méthodologie et diffusion de l'enquête

Carte 29 : Territoires de diffusion de l'enquête



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

La diffusion de l'enquête s'est faite d'avril 2008 à octobre 2008 et au sein des six échantillons territoriaux. Par l'intermédiaire des services d'aide à domicile, des SSIAD, des services de portage de repas et des CLIC ont participé à sa diffusion. En raison de la fragilité des publics hébergés en établissement d'accueil médicalisé (EHPAD, hébergement temporaire), le questionnaire ne s'est pas introduit en établissement. En effet après avoir rencontré des chefs d'établissements ainsi que des résidents, la technicité du questionnaire est apparue inadaptée à ce type de public. C'est la raison pour laquelle le questionnaire s'est principalement adressé aux personnes âgées aidées par un service de soutien à domicile. En accord avec les directeurs de services, la diffusion du questionnaire a respecté un minimum de

sélection quand à la fragilité du public. Ainsi les personnes âgées les plus dépendantes non pas été interrogées.

Comme le montre la liste ci-dessous, sans l'aide des services de soutien à domicile, la réalisation de l'enquête n'aurait pu aboutir. Sur les six échantillons territoriaux d'observation, 30 services de soutien à domicile ont participé à la diffusion de 1838 questionnaires.

Tableau 43 : Acteurs qui ont diffusé de l'enquêtes

Communauté Urbaine de Nantes Métropole	
- Aide à Domicile pour Tous 44	Nantes
- Adar	Orvault
- CCAS de Nantes (service de portage de repas)	Nantes
- CCAS de Rezé	Rezé
- CCAS de Saint-Herblain	Saint-Herblain
- CCAS de Saint-Sebastien sur Loire	Saint-Sebastien sur Loire
- CCAS de Carquefou	Carquefou
- Domidom (SARL)	Nantes
- Petits Frères des Pauvres	Nantes
Communauté de Communes du Pays de Mayenne	
- CLIC May'âge	Mayenne
- CCAS de Mayenne	Mayenne
- ADMR du Pays de Mayenne (via la fédération)	
- AFAD	Laval et Mayenne
Communauté de Communes du Pays de Pouzauges	
- CLIC Est-Vendée	la Chataigneraie
- ADMR de Pouzauges	Pouzauges
- ADMR Mouilleron en Pareds	Mouilleron en Pareds
- ADMR Saint Michel Mont Mercure	Saint Michel Mont Mercure
Communauté de Communes du Canton de Baugé	
- CLIC du Baugeois	Baugé
- SSIAD Intercommunal	Baugé
- Service intercommunal (portage de repas)	Baugé
- ASSADOM	Angers
Communauté d'Agglomération du Choletais	
- CCAS de Cholet	Cholet
- agedorservices (SARL)	Cholet
- SSIAD tournerit	Cholet
- ADMR le May et Evre	Le May sur Evre
Communauté de Communes Pays de Saint Gilles Croix de Vie	
- CLIC Mer et Vie	Saint Gilles Croix de Vie
- AFAD (aide à domicile et service de portage de repas)	Saint Gilles Croix de Vie
- ADMR Commequiers	Commequiers

- ADMR Saint Gilles Croix de Vie	Saint Gilles Croix de Vie
- agedorservices (SARL)	Saint Jean de Monts

La majorité des services qui ont participé à l'enquête sont des services d'aide à domicile. Ils ont été complétés par la participation des services de portage de repas, des CLIC, des SSIAD et de services associatifs. Sur les 1 838 questionnaires diffusés, 899 ont été retournés soit un taux de retour de 48 %. 809 ce sont au final révélés exploitables soit un taux final d'exploitation de 44 %.

- Nombre de questionnaires diffusés :	1 838
- Nombre de questionnaires retournés :	899 (<i>taux de retour de 48%</i>)
- Nombre de questionnaires retournés mais non exploités :	90 (<i>taux d'inexploitation de 10 %</i>)
- Nombre de questionnaires retournés et traités :	809 (<i>taux final d'exploitation de 44 %</i>)

Tableau 44 : Origine géographique des personnes interrogées

	effectif (n)	%
Nantes (ville)	189	23,5
Nantes 1ere couronne	172	21,5
Nantes seconde couronne	16	2,5
CA Cholet	91	10,6
CC Mayenne	79	9,1
CC Baugé	88	10,8
CC Pouzauges	66	7,4
CC Pays St Gilles Croix de Vie	86	11,7
TOTAL	809	100,0

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Sur l'ensemble des questionnaires exploités par le logiciel SPHINX, 3 % n'ont pas de localisation géographique précise. C'est l'agglomération nantaise qui représente avec un peu plus de 360 questionnaires la moitié des questionnaires exploités (47,5 %). L'intercommunalité de Saint Gilles Croix de Vie, l'agglomération Choletaise et l'intercommunalité de Baugé suivent avec un nombre de réponses aux alentours de 90 exemplaires (soit un taux de 10 %). Elles sont suivies de près par les intercommunalités de Mayenne et de Pouzauges (qui ferme la marche avec 66 exemplaires). Majoritaires dans le

processus de diffusion, les services d'aide à domicile constituent les principaux pourvoyeurs de questionnaires retournés et exploités. Ils sont suivis des services de portage de repas, des CLIC et des services sociaux à hauteur de 15 %. Enfin suivant le statut, le secteur associatif représente un peu plus de la moitié des questionnaires retournés et exploités. Il est talonné des services publics. Enfin, les entreprises ferment la marche avec 4 % des questionnaires exploités soit 34 questionnaires.

Tableau 45 : Types et statuts des diffuseurs

aide à domicile	66,0%
portage de repas	14,4%
Ssiad	5,5%
Autres	14,1%

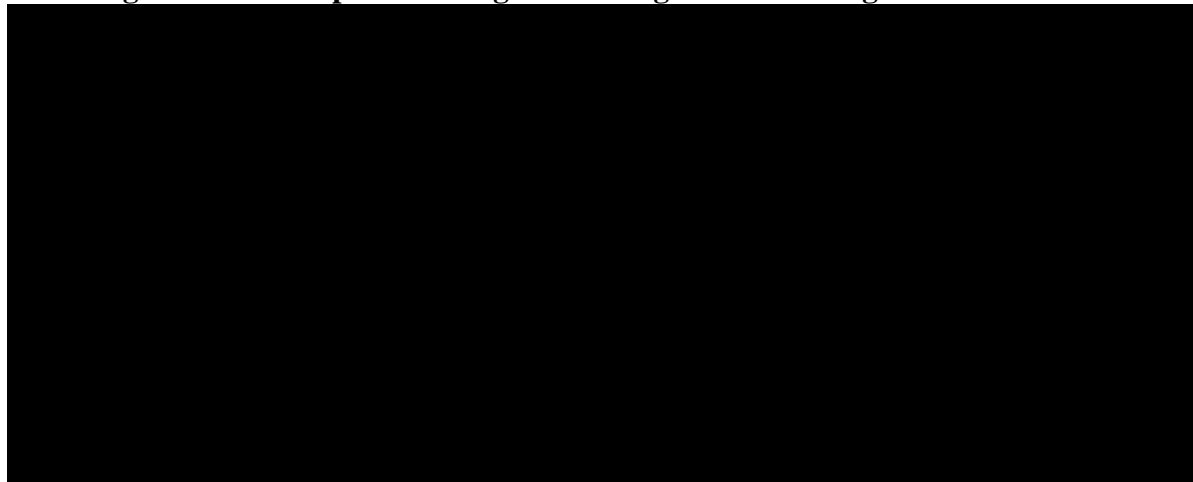
CCAS ou gestion publique	47%
entreprises	4%
associations	49%

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

c- Le public interrogé

Suivant l'âge, la tranche d'âge des 80-85 ans représente un peu plus de 30 % des personnes interrogées. Elle est suivie (avec 24 %) par la tranche d'âge des 85-90 ans puis des 75-80 ans avec 19 %. Entre les échantillons, il est observé une surreprésentation des plus de 80 ans parmi les personnes âgées interrogées sur l'agglomération nantaise, l'agglomération choletaise, l'intercommunalité du Pays de Mayenne et l'intercommunalité du Pays de Pouzauges. A l'inverse les intercommunalités de Saint Gilles Croix de Vie et de Baugé affichent des proportions moindres de personnes âgées interrogées de plus de 80 ans. Selon l'origine sociale, ce sont en premier lieu les anciens employés ouvriers qui ont répondu (43 %) suivis de près par les anciennes professions intellectuelles supérieures (surreprésentées sur Nantes). Les anciens indépendants, agriculteurs et sans professions se situent aux alentours de 10 % des personnes interrogées.

Figure 43 : % de personnes âgées interrogées suivant l'âge et la localisation



Sur les 809 personnes âgées interrogées, les deux tiers vivent seules. Suivant les échantillons d'observation cette proportion est plus marquée en ville et est moins forte sur les intercommunalités de Baugé et de Mayenne. Ce pourcentage moins fort dans les intercommunalités où les personnes âgées qui vivent seules sont surreprésentées, s'explique par le choix du questionnaire de ne pas s'adresser aux personnes aidées en établissements. Or celles-ci constituent une part importante des populations très âgées vivant seules.

Tableau 46 : Personnes âgées interrogées qui vivent seules (en %)

CU Nantes	68,9
CA Cholet	73,5
CC Mayenne	57,9
CC Baugé	55,3
CC Pouzauges	60,7
CC St Gilles Croix de Vie	63,6
TOTAL	66,2

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Le niveau de bénéficiaires de l'APA à domicile est relativement pondéré ce qui surprend par rapport à l'âge moyen et au type de public interrogé. Concernant le minimum vieillesse (ASPA), 12 % des personnes âgées déclarent en bénéficier (ce qui est plus élevé qu'à l'échelle régionale). Majoritaires en milieu rural, les allocataires du minimum vieillesse interrogés sont avant tout des personnes issues des sphères agricoles.

2- Des modalités de recours dépendantes des conditions de vieillesse et du niveau local de l'offre

a- Les modalités de recours à une allocation (APA et minimum vieillesse)

Selon le questionnaire, les modalités de recours des personnes âgées à l'offre sont subdivisées entre modalités directes (de l'offre vers la personne âgée et de la personne âgée vers l'offre) et intervention d'une tierce personne. D'après le tableau, les personnes âgées vivant seules se font davantage aider par une tierce personne ou un service. Selon l'origine sociale, des clivages existent aussi : les anciens sans professions et les anciens ouvriers-employés font davantage appel à un tiers organisme que les anciens indépendants ou professions supérieures qui sont plus contactés par les prestataires (notamment d'aide à domicile) et qui utilisent plus le recours direct.

Tableau 47 : Modalités de recours à une allocation des personnes âgées interrogées en situation de besoin (en %)

	l'administration(s) qui vous verse(nt) l'allocation(s) vous a(ont) contacté	vous vous êtes directement adressé à(aux) l'administration(x)	d'autres personnes ou organismes vous ont conseillé et aidé
Nantes (ville)	3	26	71
Nantes 1ere couronne	13	17	70
Nantes seconde couronne	0	0	100
CA Cholet	16	4	80
CC Mayenne	7	13	80
CC Baugé	13	13	75
CC Pouzauges	0	26	74
CC St Gilles Croix de Vie	21	21	57
TOTAL	10	18	72

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Néanmoins, entre les échantillons, les modalités d'appel à une tierce personne sont plus fortes en proportion dans les intercommunalités de Baugé et de Mayenne. A l'inverse, les recours directs à une allocation sont plus élevés dans la ville de Nantes et les intercommunalités de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie. Ces résultats s'expliquent pour l'intercommunalité de Saint Gilles de Croix de Vie par une forte proportion des personnes âgées d'origine sociale supérieure et, pour l'intercommunalité de Pouzauges, par un vieillissement moindre. La concentration des services et des administrations qui octroient ces allocations constitue pour la ville de Nantes un élément explicatif.

Plus que des constats géographiques, il ressort de l'analyse des modalités de recours à une allocation des enseignements sociologiques selon le mode de cohabitation et l'origine sociale. Des interrogations demeurent sur l'accessibilité de cette offre dans la mesure où les résultats tendent à établir des liens avec la présence ou non de CLIC, d'antennes d'administrations, de services qui dispensent ces mêmes allocations. Néanmoins, en mesurant la corrélation entre la proportion de personnes âgées ayant un recours aidé et direct et la densité démographique, il ne ressort pas de relations.

Tableau 48 : Type d'aidant parmi les personnes âgées bénéficiant d'une allocation qui se sont fait aider par une tierce personne ou par un service (en % et choix multiples)

	Familles	amis/voisins	travailleurs sociaux	médecins/professionnels gérontologiques
Nantes (ville)	28,3	3,8	39,6	28,3
Nantes 1ere couronne	26,7	8,3	48,3	16,7
Nantes seconde couronne	33,3	0,0	50,0	16,7
CA Cholet	12,5	0,0	54,2	33,3
CC Mayenne	18,8	0,0	43,8	37,5
CC Baugé	15,4	0,0	61,5	23,1
CC Pouzauges	44,4	0,0	27,8	27,8
CC St Gilles Croix de Vie	36,8	0,0	36,8	26,3

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Au sein des personnes interrogées faisant appel à une tierce personne, on observe que la famille prend une place plus importante dans les intercommunalités de la Vendée et, à un degré moindre, sur l'intercommunalité de Nantes. A l'inverse, les familles sont peu présentes

dans les démarches d'aide sur les intercommunalités de Cholet, de Baugé et de Mayenne. Comme l'indique le tableau, les familles sont relayées par les travailleurs sociaux et les professionnels gérontologiques. Le déséquilibre entre les familles et les professionnels (44,6 % contre 25,8 %) est inégal entre les intercommunalités : s'il est exacerbé sur l'intercommunalité de Baugé, les communes de la première couronne de banlieue nantaise et voire de Cholet, ce déséquilibre est atténué sur la ville de Nantes et sur les intercommunalités de Mayenne et de Saint Gilles Croix de Vie.

En parallèle, l'implication familiale dans le processus de recours (conseil et orientation) croît avec l'âge et est plus forte chez les femmes (36 %), les anciens agriculteurs et les anciens ouvriers-employés (respectivement, 40 et 37 %). Les travailleurs sociaux (Conseils Généraux, MSA, CRAM, CCAS...) orientent en moyenne plus les personnes vivant seules ainsi que les catégories populaires (anciens ouvriers-employés et agriculteurs). Enfin, les médecins et les professionnels gérontologiques (SSIAD, SAD et CLIC), comme interfaces de recours aux allocations sont plus élevés en proportion chez les anciens indépendants et les anciennes catégories socio-professionnelles supérieures.

b- Les modalités de recours à un service

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 60,2 % se font aider lors du recours à un service de soutien à domicile, soit 10 % de moins que pour les demandes d'allocations. Le recours à une allocation ne présente pas de différences notables entre les âges. En revanche, la formulation des demandes auprès des services de soutien à domicile croît, quant à elle, avec l'âge. Une fois 85 ans passés, les personnes interrogées font en moyenne plus appel à une tierce personne ou à un service gérontologique (66 %). C'est également le cas des anciens agriculteurs, des femmes et des personnes vivants seules (avec respectivement 64,3, 62,2 et 65,9 %). A l'inverse, les modalités de recours directs sont plus fortes pour les hommes et au sein des catégories socioprofessionnelles aisées.

Tableau 49 : Modalités de recours à un service des personnes âgées interrogées en situation de besoin (en %)

	le service(s) vous a(ont) directement contacté	vous vous êtes directement adressé au(x) service(s)	d'autres personnes ou organismes vous ont conseillé et aidé
Nantes (ville)	4,0	32,0	64,0
Nantes 1ere couronne	4,7	44,1	51,2
Nantes seconde couronne	0,0	27,3	72,7
CA Cholet	1,6	38,1	60,3
CC Mayenne	0,0	10,5	89,5
CC Baugé	2,8	27,8	69,4
CC Pouzauges	0,0	40,0	60,0
CC St Gilles Croix de Vie	5,4	43,2	51,4
TOTAL	3,4	36,4	60,2

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Entre les échantillons territoriaux d'observation, les recours directs (*vous vous êtes directement adressé au(x) service(s)*) sont très mesurés dans les communes de la seconde couronne de banlieue nantaise, les intercommunalité de Mayenne et de Baugé et faibles dans la ville de Nantes. A contrario, les recours directs sont plus développés dans les communes de la première couronne de banlieue nantaise, sur l'agglomération du Choletais, les intercommunalités de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie. En parallèle, les questionnaires relatent le fait que les services précèdent les demandes de manière limitée (à hauteur de 3,4 %). Ces « demandes » sont surélevées sur le littoral et sur l'agglomération nantaise, espaces de concentration et de concurrence gérontologique.

Avant 80 ans, les travailleurs sociaux ainsi que les médecins/professionnels gérontologiques constituent les principaux aidants lors du recours à un service au domicile. A l'inverse, pour les plus de 80 ans, les familles semblent prendre le relais et sont surreprésentées comme intermédiaires. Entre les sexes, on assiste également à une opposition entre femmes, davantage aidées et orientées par les familles et les travailleurs sociaux, et les hommes, davantage aidés et orientés par les médecins et les professionnels gérontologiques. Il en va de même pour les catégories sociales aisées où les médecins/professionnels

gérontologiques jouent davantage un rôle de pivot (au même titre que la famille). Les anciens agriculteurs font en majorité appel à la famille tandis que les anciens ouvriers-employés et les sans profession se font davantage aider par les travailleurs sociaux. Enfin, les personnes âgées vivant seules ont la particularité d'être très aidées par les travailleurs sociaux (un peu plus de 42 % contre 29,9 % pour la totalité des personnes interrogées). Entre les échantillons territoriaux, les familles participent davantage aux demandes d'aide en ville (ville de Nantes) ainsi que dans les intercommunalités de Baugé, de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie.

Tableau 50 : Type d'aidant lors du recours à un service (en % et choix multiples)

	Familles	amis/voisins	travailleurs sociaux	médecins et professionnels gérontologiques
Nantes (ville)	24,7	11,8	38,7	24,7
Nantes 1ere couronne	8,2	3,3	52,5	36,1
Nantes seconde couronne	73,9	4,3	13,0	8,7
CA Cholet	0,0	0,0	54,5	45,5
CC Mayenne	25,0	0,0	35,0	40,0
CC Baugé	30,0	6,7	43,3	20,0
CC Pouzauges	35,0	0,0	25,0	40,0
CC St Gilles Croix de Vie	86,6	1,8	7,1	4,5
TOTAL	39,8	3,1	29,9	27,2

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

En revanche, les familles participent moins aux recours dans les intercommunalités de Cholet et dans les communes de la première couronne de l'agglomération nantaise. Sur l'agglomération nantaise le type d'aidant en situation d'aide au recours varie fortement : presque les deux tiers sont des professionnels sociaux et gérontologiques sur la ville de Nantes, 88 % dans les communes de la première couronne de banlieue et 21 % dans les communes de la seconde couronne de banlieue. Sur l'agglomération Choletaise ainsi que sur les intercommunalités de Mayenne, de Baugé et de Pouzauges les professionnels sociaux et gérontologiques constituent entre 60 et 80 % des acteurs qui participent à la formulation des demandes auprès d'un service d'aide à domicile. Cette proportion chute sur le littoral à 11%.

c- Des liens avec la structuration spatiale de l'offre gérontologique

En premier lieu, les résultats des questionnaires nous apportent divers enseignements sociologiques : le recours à une allocation ou à un service des personnes en situation de besoins s'élève avec l'âge, est plus fort pour les femmes et les ménages composés d'une seule personne. Sur le plan géographique, au-delà des variations constatées entre les échantillons territoriaux d'observation, les modalités de recours à une allocation ou à un service présente-t-elles des liens avec la répartition géographique de l'offre ? Pour répondre à cette interrogation, les réponses ont été comparées aux densités démographiques et aux proportions de personnes âgées et très âgées dans la population totale et à la répartition des services et des établissements.

Si le **recours à une allocation** en situation de besoin ne présente pas de lien avec la proportion démographique des personnes de plus de 82 ans, elle en présente avec la densité démographique : plus la densité démographique est élevée plus le recours direct à une allocation est élevé. **Cette corrélation positive s'explique à travers la concentration des services administratifs des Conseils Généraux et des caisses de retraites en milieu urbain.** Cette localisation préférentielle en milieu urbain se traduit par une surreprésentation des mécanismes de recours directs sur ces espaces.

De plus, les **modalités de recours à un service** ne présentent aucune relation avec la densité de services, la densité et les proportions démographiques des personnes âgées et très âgées. Le lien est ailleurs. En effet, les modalités de recours à un service gérontologique sont corrélées aux taux d'établissements médicalisés locaux. A mesure que le taux d'équipement s'élève, les personnes âgées font appel à une tierce personne pour réaliser une demande d'aide. De fait, la ville de Nantes, les communes de la seconde couronne de banlieue de l'agglomération nantaise, ainsi que les intercommunalités de Cholet, Pouzauges et Saint Gilles Croix de Vie, moins pourvue en établissement médicalisés, sont des espaces où le recours direct est plus élevé. Ce lien s'explique selon le Coordinateur du CLIC de Nantes par deux faits : une densité et une visibilité de l'offre de services à domicile plus forte dans ces espaces et un parc d'hébergement saturé et inférieur aux besoins.

La structuration de l'offre de services à domicile sur le territoire est inégale. En interrogeant les personnes sur l'appel à un ou plusieurs services et sur le choix (ou non) du service d'aide, on constate qu'il existe des liens avec la structuration de l'offre sur le territoire.

Tableau 51 : Personnes âgées interrogées faisant appel à un ou plusieurs services de soutien à domicile (en%)

	un seul	plusieurs
Nantes (ville)	61,0	39,0
Nantes 1ere couronne	49,6	50,4
Nantes seconde couronne	81,8	18,2
CA Cholet	58,8	41,2
CC Mayenne	68,4	31,6
CC Baugé	42,1	57,9
CC Pouzauges	64,3	35,7
CC St Gilles Croix de Vie	52,4	47,6
TOTAL	55,9	44,1

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Si l'appel à un ou plusieurs services est quasiment égal entre les sexes, il ne l'est pas suivant l'âge, l'origine sociale et le mode de cohabitation des personnes âgées. L'avancée en âge, les origines sociales populaires (anciens agriculteurs et ouvriers-employés) ainsi que le fait de vivre seul se traduisent par une forte propension des personnes âgées à faire appel à plusieurs services. Inversement, les personnes interrogées les plus jeunes, ne vivant pas seules et d'origine plus aisée ont en moyenne davantage recours à un seul service. Géographiquement, cette progressivité générationnelle est retranscrite puisque qu'on retrouve une corrélation significative entre la proportion démographique des plus de 82 ans et l'appel à plusieurs services. Le questionnaire montre surtout que l'appel à plusieurs services augmente à mesure que le ratio de services par personnes de plus de 82 ans s'élève. **Bien que le principal critère d'appel à plusieurs services demeure l'âge, il est constaté qu'à mesure que l'offre gériatologique à domicile est concentrée, les personnes âgées s'en saisissent.**

Tableau 52 : Tableau des corrélations géographiques des modalités de recours à un service de soutien à domicile

	densité démographique	densité + 82 ans	% 82 ans et +	ratio services/82 ans et +	densité géographique de services
appel à plusieurs services	0,11	0,23	0,51	0,48	0,02
choix du(es) service(s)	0,10	0,19	0,04	0,07	0,55

corrélations significatives

Tableau 53 : Choix entre plusieurs services

	En %
Nantes (ville)	21,9
Nantes 1ere couronne	24,4
Nantes seconde couronne	18,2
CA Cholet	31,6
CC Mayenne	33,3
CC Baugé	3,1
CC Pouzauges	0,0
CC St Gilles Croix de Vie	25,0
TOTAL	22,2

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

On observe également que **le choix entre plusieurs services** (aide et soins à domicile compris) est plus fort parmi les personnes interrogées les plus « jeunes » et les catégories socio-professionnelles aisées des échantillons urbains et littoraux. A l'inverse, ce choix revient moins chez les femmes, les personnes seules et les anciens agriculteurs. En somme, la notion de choix entre plusieurs services est solidaire de la concentration de services sur le territoire : à mesure que ces derniers sont concentrés sur le territoire, les personnes âgées interrogées déclarent avoir le choix entre plusieurs services.

Replacés dans un contexte territorial plus large, ces résultats s'inscrivent dans un rapport géographique interactionnel entre les personnes âgées et l'offre gérontologique. Ainsi, la structuration de l'offre sur le territoire et les modalités de recours des personnes âgées en situation de besoins sont liées. La répartition des établissements d'hébergement médicalisés sur le territoire conditionne les niveaux d'activités des dispositifs et des services gérontologiques et opère ainsi une spécialisation territoriale de l'action gérontologique. Centrés sur le domicile, les questionnaires montrent qu'à mesure que l'offre d'hébergement diminue et, donc que les activités au domicile augmentent, les populations font davantage appel aux services à domicile et inversement.

3- Des solidarités informelles inégales localement

a- Une aide de la famille moins forte en ville et dans les zones rurales en déprise

Comme le mentionnent C. DELBES ET J. GAYMU (2003), la dégradation de l'état de santé et la fragilisation sociale des personnes âgées réactivent les solidarités familiales¹⁹⁷. Le questionnaire, lui, s'est adressé aux personnes âgées de manière ciblée, à savoir un public aidé qui a formulé l'expression d'un besoin. Plus que d'interroger sur les relations de solidarité familiale dans ce genre de situation, le questionnaire s'est attaché à évaluer les rapports entre les aides dites publiques et les aides apportées par les familles. Pour cela, il s'est appuyé sur quatre questions : la part des personnes âgées déclarant bénéficier d'une aide familiale, l'intensité et les types d'aide apportées par la famille et la localisation géographique des aidants familiaux.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, un peu moins des deux tiers disent bénéficier d'une aide de la part de la famille (59 %). Les résultats montrent que le grand âge et la dégradation de l'état de santé et de la sociabilité sont le témoin d'un accroissement des solidarités familiales : à partir de 80 ans, le niveau de personnes âgées aidées augmente fortement pour atteindre 89 % chez les personnes de plus de 90 ans. Selon le sexe, les femmes sont en moyenne plus aidées par la famille. Suivant l'origine sociale, les questionnaires montrent que les solidarités familiales sont plus élevées chez les anciens agriculteurs et indépendants et s'affaiblissent chez les anciennes professions intellectuelles supérieures

¹⁹⁷ DELBES C., GAYMU J., 2003, *La retraite quinze ans après*, Paris, INED, Les cahiers de l'INED, p.80.

(conjugaison d'un meilleur vieillir et d'une autonomie plus grande). Entre les échantillons territoriaux d'observation, les personnes âgées interrogées de la ville de Nantes et de l'intercommunalité de Baugé sont en moyenne moins aidées par leurs familles. Elle le sont en revanche davantage dans les communes de la banlieue nantaise et sur les intercommunalités de Mayenne, du Choletais, de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie.

Tableau 54 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part de la famille (en %)

Nantes (ville)	50,9%
Nantes 1ere couronne	62,5%
Nantes seconde couronne	90,9%
CA Cholet	66,2%
CC Mayenne	63,2%
CC Baugé	57,9%
CC Pouzauges	75,0%
CC St Gilles Croix de Vie	63,6%
65-70 ans	43,8%
70-75 ans	41,9%
75-80 ans	49,1%
80-85 ans	64,2%
85-90 ans	63,5%
plus de 90 ans	89,4%
Agriculteurs	82,6%
Indépendants	69,1%
CSP+	51,5%
employés et ouvriers	57,9%
sans professions	60,0%
personnes isolées	60,6%
personnes non isolées	60,2%
TOTAL	59,0%

Tableau 55 : Fréquence des aides familiales (en % de personnes interrogées aidées)

	au moins une fois par semaine	au dela d'une fois par mois
Nantes (ville)	75.9	24.1
Nantes 1ere couronne	86.5	13.5
Nantes seconde couronne	80.0	20.0
Cholet	93.2	6.8
CC Mayenne	83.3	16.7
CC Baugé	76.2	23.8
CC Pouzauges	77.3	22.7
CC St Gilles Croix de Vie	57.1	42.9
TOTAL	80.4	19.6

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Parmi les personnes âgées aidées par la famille, le rythme des aides augmente avec l'âge (notamment après 85 ans, ce qui s'explique par l'habitat au domicile ou la proximité géographique des aidants familiaux) et sont en moyenne plus fréquents chez les agriculteurs. En parallèle, l'enquête constate une fréquence moins élevée des aides chez les personnes vivant seules. Sur le plan géographique, il ne ressort aucun enseignement significatif relatif à l'intensité de l'aide familiale en situation de besoin. La fréquence hebdomadaire de l'aide de 80 % sur l'ensemble des personnes âgées aidées par la famille est supérieure dans les communes de la banlieue de Nantes, sur l'agglomération Choletaise et sur l'intercommunalité de Baugé. A l'inverse, du fait d'éloignements familiaux plus forts, la commune de Nantes et les intercommunalités de Baugé et de Saint Gilles Croix de Vie sont celles où la fréquence d'aide familiale est en moyenne la moins intense.

Tableau 56 : Types d'aides apportées par la famille (en % et choix multiples)

	économique	courses/ménages	à la personne	sociabilité	Administratif	santé	autres
Nantes (ville)	2,1	47,3	2,7	23,9	19,7	4,3	0,0
Nantes 1ere couronne	1,0	43,3	4,0	22,9	20,9	7,5	0,5
Nantes seconde couronne	4,5	45,5	9,1	18,2	22,7	0,0	0,0
CA Cholet	3,9	53,9	1,0	10,8	22,5	4,9	2,9
CC Mayenne	0,0	42,9	0,0	23,8	33,3	0,0	0,0
CC Baugé	1,9	51,9	5,8	11,5	21,2	3,8	3,8
CC Pouzauges	0,0	55,8	2,3	18,6	20,9	2,3	0,0
CC St Gilles Croix de Vie	4,2	33,8	8,5	23,9	18,3	11,3	0,0
TOTAL	2,4	46,2	3,8	20,3	21,0	5,5	0,8

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Avec l'âge, les aides relatives au ménage, aux démarches administratives et à la santé augmentent. Les contacts de sociabilité, quant à eux, baissent. Il existe des différences suivant le sexe. Les femmes se font plus aider au niveau du ménage, de la sociabilité et des démarches administratives. Enfin, on recense les tâches ménagères, les courses et les démarches administratives sont plus courantes chez les populations interrogées vivant seules. De leur côté, les personnes ne vivant pas seules voient leurs aides familiales concentrées sur les démarches administratives et de sociabilité. Avec 46,2 %, les aides quotidiennes relatives aux tâches ménagères et commerciales représentent la majorité des formes d'aide. Entre les échantillons géographiques on observe des différences entre les intercommunalités de Pouzauges (55,8 %) et de Saint Gilles Croix de Vie (33,8 %). Cette différence s'explique à travers une forte propension des couches supérieures à déléguer les tâches quotidiennes à d'autres types d'aidants. Dans le même temps, 21 % des personnes âgées aidées par la famille déclarent être aidées dans leurs démarches administratives. Si ces démarches sont plus fortes avec l'âge, chez les femmes et les personnes âgées vivant seules, on observe entre les échantillons territoriaux une pondération. Néanmoins cette pondération ne s'étend pas à l'intercommunalité du Pays de Mayenne ou un tiers des personnes aidées par leur famille le

sont administrativement. L'assistance, l'écoute et le réconfort apports réalisés par la famille constituent une forme d'aide assez répandue en situation de fragilité physique et sociale de la personne âgée : 20,3 % des personnes âgées interrogées disent trouver en la famille ce type d'aide. Progressant avec l'âge cette forme d'aide est néanmoins plus développée chez les personnes âgées en couple. Elle est inégale entre les échantillons territoriaux. Les aides à la personne touchent aux activités de services de soutien et d'aide à domicile : l'aide à l'habillage, la toilette, l'aide au lever et à la réalisation des actes quotidiens. 9,3 % des personnes âgées aidées par leurs familles le sont à ce titre (par la descendante féminine dans la majorité des cas). Plus fort avec l'âge, chez les femmes et les personnes vivant seules, cette réalité est plus marquée au sein des foyers d'origine sociale populaire dans les communes de la première couronne de banlieue nantaise et dans l'intercommunalité de Saint Gilles Croix de Vie. En revanche, ce type d'aide est très peu répandue dans les intercommunalités de Mayenne et de Baugé.

Tableau 57 : Localisation des aidants familiaux (en %)

	commune voisine	même département	au delà du département
Nantes (ville)	74.7	16.5	8.8
Nantes 1ere couronne	66.3	22.8	10.9
Nantes seconde couronne	75.0	25.0	0.0
CA Cholet	88.9	8.9	2.2
CC Mayenne	58.3	25.0	16.7
CC Baugé	53.8	15.4	30.8
CC Pouzauges	62.5	20.8	16.7
CC St Gilles Croix de Vie	40.7	25.9	33.3
TOTAL	68.3	18.6	13.1

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

La proximité géographique joue un rôle dans l'intensité des aides apportées par la famille : en effet, 12 % des personnes interrogées ne bénéficiant pas d'aides de la part de la famille ont des familles localisées au delà des frontières du département. Parmi les personnes âgées aidées, on observe que les distances familiales sont plus grandes chez les personnes interrogées les plus jeunes. En revanche, il n'existe pas de relations entre l'origine sociale, les modes d'habitation et l'origine géographique des aidants familiaux. Plus des deux tiers des aidants familiaux habitent au maximum dans une commune voisine de la personne aidée contre 13,1 % pour celles habitant au-delà des frontières du département. Si les aidants familiaux proches sont surélevés dans les agglomérations de Nantes et de Cholet et sur l'intercommunalité de Pouzauges, ils sont sous-élevés dans les intercommunalités restantes.

De plus, il ressort une corrélation négative significative entre la proportion de personnes âgées aidées et la localisation au-delà du département des aidants familiaux. Les solidarités familiales en situation de besoin dépendent donc de la distance entre les aidants et les aidés, et révèlent un caractère local important. Dans le prolongement de cette relation, la proximité des aidants familiaux joue également dans l'intensité de l'aide apportée à la personne. A mesure que ceux-ci habitent à proximité, la fréquence et le niveau de l'aide augmente. A la suite de la présentation des résultats relatifs à l'implication et à l'aide apportée par les pairs (amis et voisins) en situation de besoin, nous exposerons l'évaluation des interactions supposées ou non entre ces niveaux d'aides « informels », la structuration et le niveau d'activité de l'offre gérontologique.

b- Une aide des amis et des voisins plus élevée en ville

Selon le questionnaire, 35,7 % des personnes âgées interrogées affirment être aidées par un ami. La majeure partie des aides apportées par les amis se résument à des visites de sociabilité (69 %) et à des aides à la réalisation ponctuelle de tâches quotidiennes comme les courses et le ménage (29 %). La proportion de personnes aidées varie inégalement avec l'âge. Suivant le sexe, les femmes sont en moyenne moins aidées par les amis que les hommes (43 contre 32 %). Suivant l'origine sociale, les aides amicales sont plus fortes chez les catégories populaires et supérieures, et moins fortes chez les anciens indépendants et sans profession. Le mode d'habitation est également décisif puisque 39 % des personnes interrogées vivant seules bénéficient d'une aide amicale contre 31 % pour les personnes non isolées.

Tableau 58 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part d'amis (en %)

Nantes (ville)	34,8
Nantes 1ere couronne	36,6
Nantes seconde couronne	30,0
Cholet	34,8
CC Mayenne	42,1
CC Baugé	34,3
CC Pouzauges	15,4
CC St Gilles Croix de Vie	50,0
TOTAL	35,7

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Selon C. BIDARD (1997), la vieillesse est une période de réactivation inégale des liens sociaux suivant les catégories sociales et l'espace d'habitation¹⁹⁸. L'enquête corrobore ces dires dans la mesure où le niveau d'aide amical est inégal entre les échantillons. Pondéré sur la ville de Nantes, l'agglomération choletaise, Baugé, il est en revanche surélevé sur les

¹⁹⁸ BIDARD C., 1997, *L'amitié, un lien social*, Paris, la Découverte, p.77.

intercommunalités de Mayenne et de Saint Gilles Croix de Vie et faible sur l'intercommunalité de Pouzauges. Au même titre que les solidarités familiales, l'origine résidentielle des aidants amicaux révèle l'incontournabilité de la proximité physique dans l'existence et la fréquence des aides amicales. Suivant les intercommunalités, la représentativité des aidants amicaux oscille entre 82 et 84 % aux limites de la commune.

**Tableau 59 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part des voisins
(en %)**

Nantes (ville)	34,4
Nantes 1ere couronne	37,6
Nantes seconde couronne	40,0
CA Cholet	31,7
CC Mayenne	27,8
CC Baugé	28,6
CC Pouzauges	30,4
CC St Gilles Croix de Vie	45,9
Homme	32,8
Femme	35,5
Agriculteurs	37,5
Indépendants	24,6
CSP+	41,5
employés et ouvriers	34,2
sans professions	28,3
personnes isolées	37,6
personnes non isolées	28,8
aide famille/voisins aide	
Oui	37,9
amis aide/voisins aide	
Oui	64,5
TOTAL	35,1

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.

Un tiers des personnes âgées interrogées sont aidées par des voisins. Selon les observations des personnes interrogées, la nature des aides apportées par les voisins sont de deux types : les visites de sociabilité (dont la fréquence varie de la quotidienneté à la mensualité) et la réalisation de petites tâches (aide ménagères, courses, bricolage..). Plus élevée chez les femmes que chez les hommes, ces aides s'accroissent avec l'âge, sont plus fortes chez les personnes isolées et chez les anciens cadres et moins fortes chez les anciens sans-professions, les anciens indépendantes et les personnes vivant en couple. Entre les échantillons territoriaux d'observation, on note que ces mécanismes de solidarité sont plus élevés sur l'agglomération nantaise et sur l'intercommunalité de Saint Gilles Croix de Vie. A l'inverse, les aides apportées par les voisins sont moins fortes dans les intercommunalités rurales. Dans ce sens, on est en droit de s'interroger sur le rôle de l'offre gérontologique locale comme substitue aux liens de solidarités familiaux et amicaux, puisqu'à âge égal, les personnes faisant appel à un seul service sont plus aidées par un ami et par la famille que les personnes aidées par plusieurs services (29 contre 43 %).

4- Pour quelles régulations locales ?

L'objectif de la thèse consiste à rechercher le niveau d'influence des cadres politiques et territoriaux de l'action gérontologique sur les besoins des personnes âgées. Après avoir exposé les besoins gérontologiques du territoire, le système d'acteurs gérontologiques territorialisés, les interactions entre la demande et l'offre, les questionnaires répondent en aval à la problématique de la thèse. Grâce aux réponses, il est possible de mieux saisir les interactions entre les besoins locaux et la structuration locale de l'offre gérontologique. Après avoir présenté les niveaux et modalités de recours et d'aides informelles apportées en situation de besoin, cette sous-partie a pour objectif de présenter les interactions entre les modalités de recours, les aides informelles et le vieillissement du territoire (représentativité et densité démographique). Cette dernière étape nous permettra de dégager dans quelles mécanismes socio-spatiaux s'inscrivent les aides dites « informelles ». Elle sera ensuite complétée par la confrontation des résultats de l'enquête aux caractéristiques du vieillissement du territoire ainsi qu'aux activités gérontologiques.

a- Une « régulation familiariste » qui s'estompe en ville

Dans un premier temps, l'étude des relations entre les variables de l'enquête s'est attachée à évaluer les interactions entre les variables relatives aux aides informelles apportées en situation de besoin. Au-delà de l'importance de la proximité dans le niveau d'aide apportée par la famille, il ressort une corrélation négative avec les aides apportées par les amis et les voisins. Un effet de vase communicant existe entre les aides familiales et les aides des pairs : moins la famille aide, plus les amis et les voisins aident. Etant donné que la nature des aides n'est pas la même entre famille et pairs, cette corrélation interroge sur ces déséquilibres qui sont plus développés en ville. Dans un second temps, cette information nous apprend que les aides des amis et des voisins sont corrélées positivement.

Tableau 60 : Table des corrélations des aidants informels

familles	amis	voisins
familles	-	-
	amis	+
		voisins

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008

Entre le niveau d'aide familiale et les modalités de recours en situation de besoin, le sondage montre deux liens et fait ressortir l'importance de la notion de proximité dans ces mécanismes. Le premier lien est que plus la proportion de personnes interrogées aidées par leurs familles augmente, plus le recours direct à une prestation gériatrique (APA et minimum vieillesse) diminue. Le second lien montre que plus les personnes âgées font appel à plusieurs services, plus la proportion des personnes aidées par la famille diminue. La mesure des corrélations relatives aux distances familiales et aux modalités de recours à l'offre assoit ces corrélations. Plus les aidants familiaux sont proches, plus le recours aidé à une allocation augmente et plus l'appel à plusieurs services diminue. Or, le niveau d'aide de la famille est solidaire négativement du niveau d'aide des amis et des voisins. De fait, la proportion de personnes âgées aidées par les pairs est corrélée positivement avec les recours directs à une allocation ainsi qu'avec l'appel à plusieurs services d'aide.

A mesure que les personnes très âgées sont concentrées dans la population, la part des personnes aidées par les familles diminue. De fait, cette corrélation dissocie d'une part les villes de Nantes et de Cholet et les intercommunalités rurales vieilles de Mayenne et de Baugé, des communes de banlieue de Nantes, de Cholet et des intercommunalités de Pouzauges et de Saint Gilles Croix de Vie de l'autre où les solidarités familiales et les recours aidés sont plus élevés.

Il ressort donc au final de cet examen deux formes de liens :

- un lien négatif entre le niveau d'aide familiale et les niveaux de recours directs, de recours à plusieurs services et d'aide de la part des pairs (amis et voisins).

- un lien négatif de relation entre le niveau d'aide familiale et la densité et la proportion démographique des plus de 82 ans qui soumet le premier lien à ces caractéristiques territoriales.

b- Des régulations dépendantes de la diversité et du niveau local de l'offre

Après avoir constaté que les modalités de recours à une allocation ou à un service sont liées à la proportion des aides familiales, nous allons voir les liens géographiques qui existent ou pas entre ces mêmes solidarités et la structuration spatiale de l'offre gérontologique. La méthode utilisée repose sur une évaluation des corrélations puis sur une Analyse en Composantes Principales (ACP). Dans le prolongement de l'ACP sur la dépendance, six variables significatives de l'enquête ont été ajoutées : les modalités de recours à une allocation et à un service, le recours à plusieurs services, la présence ou non d'aidants familiaux, amicaux et de voisinage.

Il ressort en premier lieu de l'ACP, une forte inertie des deux premiers axes avec respectivement une contribution de 41 et 28 %. Le troisième axe a, quant à lui, une contribution de 22 %. Le quatrième de 6 % ne paraît pas incontournable dans l'analyse territoriale de la dépendance. Nous nous concentrerons sur une analyse approfondie des axes 1, 2 et 3.

Tableau 61 : Contributions des axes factoriels de l'ACP relatifs aux interactions territoriales entre les personnes âgées et l'offre gérontologique (en %)

axe 1	41
axe 2	28
axe 3	22
axe 4	6

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.
sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire – recherches personnelles.

Tableau 62 : Contributions des variables sur les trois principaux axes factoriels de l'ACP relative aux interactions territoriales entre les personnes âgées et l'offre gérontologique

	axe 1	axe 2	axe 3
Plus de 82 ans	62.4	-34.6	-8.2
Ratio aidants/aidés	-61.1	49.6	4.4
Ménages isolés	-92.2	-69.7	61.7
Densité démographique forte	-88.4	-71.9	98.6
Densité démographique faible	63.6	-40.4	-90.9
Concentration géographique professions libérales*	-95.7	-69.5	69.9
Concentration géographique SAD*	-85.8	-68.6	67.0
Taux de places médicalisées en établissements	122.7	-60.3	-29.4
Recours aidé à un service	-56.5	16.0	-3.8
Recours direct à un service	-61.9	--63.0	33.5
Recours aidé à une allocation	-61.9	-3.1	6.2
Recours direct à une allocation	-65.8	90.0	5.5
Aides de la famille	-58.3	112.2	2.1
Aides des amis	60.3	-70.7	-16.7
Aides des voisins	-68.0	-92.7	81.6

réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.
sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

Le premier axe présente une forte inertie des variables et des individus. A l'instar de l'ACP sur la dépendance, il est structuré autour du binôme établissements/domicile. Ce premier axe est polarisé selon les taux d'équipements médicalisés avec une concentration de 144. En opposition, sur ce même axe, la concentration géographique des SAD et des professions médicales présente des contributions importantes mais négatives. Le taux d'équipement en établissements est positivement lié à la densité de SAD (à ne pas confondre avec leur concentration dans l'espace) et, à un moindre degré, aux proportions démographiques des plus de 82 ans et des personnes aidées par les amis. A l'inverse ce même taux présente des corrélations négatives avec la densité démographique. La concentration des services et des professions soutenant les personnes au domicile et à un degré moindre avec les mécanismes de recours direct à une allocation ou à un service.

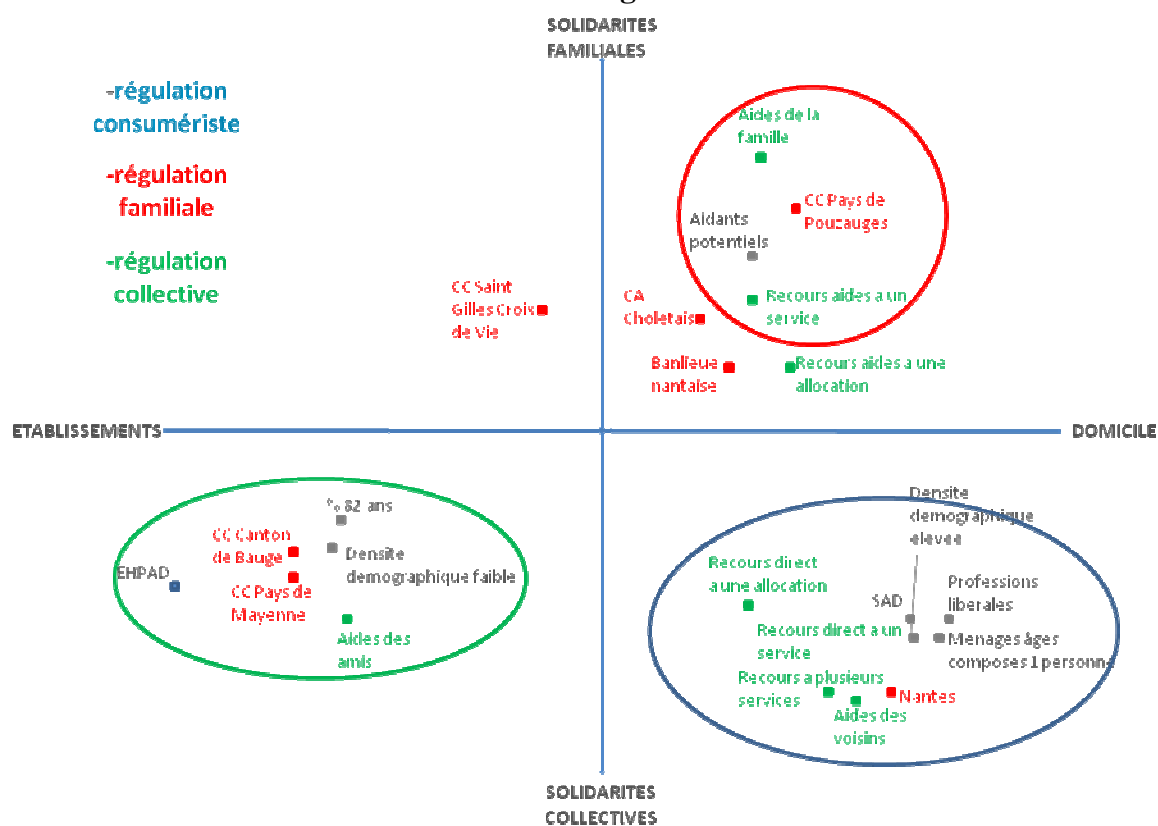
Il ressort du second axe dont l'inertie est de 28 %, une structuration suivant les solidarités. En effet, la proportion élevée des personnes interrogées aidées par la famille, la part des aidants potentiels dans la population et, à un degré moindre, des recours aidés à un service ou à une allocation contribuent positivement au second axe. Quant à elles, les contributions négatives sont le fruit, de la part des personnes aidées par les voisins, des recours directs, des recours à plusieurs services, et à un degré moindre, des concentrations de services et des densités démographiques. De fait, le second axe présente une forte structuration suivant les modalités de solidarités informelles. Le troisième axe dont la contribution est de 22 % est structuré autour de corrélations relatives aux densités démographiques. Tout d'abord, positivement, avec la proportion de ménages âgés isolés, la concentration de services et de professionnels gérontologiques. Mais également négativement avec le taux d'équipement d'EHPAD et la proportion de plus de 82 ans.

De la prise en compte des trois premiers axes, soit 91 % de l'information, il ressort quatre formes territoriales d'interactions entre l'offre gérontologique et les personnes âgées. La mise en forme graphique des deux axes principaux de l'ACP nous permet de resituer les variables et les individus. Il en ressort quatre nuages de points. En premier lieu, la lecture de la figure ci-dessous se singularise par l'absence de variable et d'individu sur le champ des solidarités familiales des personnes âgées hébergées en EHPAD. Deux faits expliquent cette absence : la diffusion de l'enquête auprès de personnes âgées aidées au domicile et le caractère institutionnalisant des structures d'hébergement qui réduit l'intégration des solidarités familiales dans ce genre d'établissements.

Le premier nuage de points concentre les variables de densités, les ménages âgés isolés, les recours directs et les solidarités de voisinage en situation de besoin. Ces variables typiques des polarités urbaines constituent la forme d'interaction géographique entre les personnes âgées et l'offre gérontologique. Elles révèlent, dans ce contexte géographique de concentration démographique et administrative, une prise en main par la collectivité des besoins gérontologiques et aux déclinaisons des solidarités familiales à destination des aînés. Ce désengagement familial n'étonne pas le Coordinateur du CLIC de Nantes et le Responsable du CCAS de Nantes qui estiment que la concentration et la grande visibilité de l'offre en milieu urbain incitent les familles à se désengager : « Est-ce que le développement de l'offre est la cause de cette baisse des solidarités familiales ? Je le pense. Les villes sont des centres tertiaires où la notion de service investit une multitude de champs sociaux. Les solidarités envers les personnes âgées en font partie » et « j'ajoute que le contexte nantais est particulier. D'un côté, nos observations¹⁹⁹ montrent que vous avez une majorité de personnes âgées ayant un niveau de vie confortable et de l'autre des personnes âgées laissées pour compte. Pour les premières, l'orientation vers les services ne pose pas de problème pour les familles, au contraire, pour les seconds l'appel à un service est une nécessité ».

¹⁹⁹ GUILLAUMEUX V., 2007, *Soutien à domicile des personnes âgées à Nantes : évaluation des besoins et piste pour l'action publique*, Rennes, cabinet TMO, Rapport d'évaluation, p.26.

Figure 44 : Interactions locales entre l'offre gérontologique, les aidants et les personnes âgées



réalisation : BLANCHET M, Doctorat de Géographie, Université d'Angers, 2008.
sources : Insee – DRASS- DRETFP Pays de la Loire

Au sein des échantillons ruraux les moins denses et les plus vieux (intercommunalités de Baugé et de Mayenne), il ressort un autre profil interactionnel adossé aux établissements d'accueil et aux solidarités collectives. La structuration de l'offre par les établissements d'accueil ainsi que la faible attractivité socio-économique de ces territoires expliquent ce profil. En effet, les entretiens auprès des personnes âgées ainsi qu'auprès des professionnels ont souvent fait ressortir l'éloignement de la descendance familiale comme problématique. Dans ces espaces en déprise, les établissements d'accueil jouent un rôle structurant dans le traitement local des problématiques de la vieillesse. Conscients de cette posture, les établissements médicalisés se posent sur ces espaces en tant que régulateurs locaux de la demande. Le développement d'outils de coordination dans le début des années 1990 s'inscrit en plein dans cette logique d'appropriation territoriale de l'action gérontologique. Le

troisième profil est médian et regroupe les intercommunalités de Cholet, de Saint Gilles Croix de Vie et les communes de la banlieue nantaise. Il se singularise, d'une part, par des solidarités familiales développées et complémentaires de l'offre locale, et, d'autre part, par une pondération entre l'offre d'établissements et de services au domicile. Le dernier profil recense l'intercommunalité du Pays de Pouzauges. Orientée politiquement vers le domicile, l'offre gériatrique est complétée par un potentiel démographique d'aidants élevé et par de forts mécanismes de solidarité familiale. Dans ce contexte, la structuration de l'offre en faveur du domicile laisse la place à l'expression des solidarités familiales. Evoluant dans un bassin économique dynamique, la descendance reste à proximité et participe à la prolongation du maintien au domicile de la personne.

CONCLUSION

Les interactions géographiques entre l'offre et les personnes âgées révèlent la prégnance des modes de régulation hérités et actuels de l'offre dans la construction locale de la vieillesse. Oscillant entre héritages locaux, laisser-faire et planification, l'offre gérontologique se retrouve structurée spatialement selon son degré de libéralisation. Dès lors, cette recherche d'activité engendre une polarisation géographique de l'offre suivant des règles de densité démographique et technique. Cette logique de polarisation met à jour un contraste entre les villes où les activités appartenant à un cadre libéral sont surconcentrées et les périphéries rurales où les pouvoirs publics maintiennent l'offre d'établissement et de services. Dans ce jeu, l'APA nivèle les inégalités de l'offre et institue de fait un alignement de la demande sur l'offre. Pour autant, cette logique de concentration-polarisation de l'offre et des activités gérontologiques modèle les solidarités familiales et informelles. En effet, les recherches montrent que la solvabilisation, la multiplication et le développement concurrentiel de l'offre de ces dernières années ont impacté les régulations des problématiques gérontologiques entre les familles et la collectivité. Introduisant un traitement individuel des problématiques gérontologiques, les politiques de la vieillesse (notamment celles de la dépendance) ont accentué le recours à l'offre sous un mode consumériste. Il en ressort un désengagement familial plus ou moins prononcé, selon les distances physiques entre les parties familiales et suivant la structuration et la lisibilité locale de l'offre. Dans ce sens, il ressort de la thèse 3 formes socio-spatiales de régulation locale des problématiques gérontologiques :

- une première forme de régulation dans les zones rurales les plus profondes où les pouvoirs publics et les services sociaux tentent de combler les distances familiales et maintiennent l'offre existante.
- une seconde forme de régulation en milieu rural, où les solidarités familiales s'inscrivent en complément d'un niveau moyen de l'offre locale.

- une troisième forme de régulation dans les zones les plus denses et les plus solvables, où malgré leurs proximités, les familles tendent à se désengager en faveur d'un développement élevé et multiples de l'offre de services et d'établissements. En parallèle, on observe dans ces zones des liens de solidarités étroits avec les voisins.

Le grand âge est un construit local. Les recherches montrent que le niveau et de la diversité locale de l'offre est décisive dans cette construction géographique. Le passage du rapport d'usager à celui de client a réinterrogé les pratiques de part et d'autre. Or, selon les recherches, ce passage débouche sur un rapport d'adaptation géographique des besoins et des demandes à l'offre qui se révèle au final inverse aux objectifs politiques énoncés.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette recherche, l'évaluation géographique des politiques de la vieillesse met en évidence une écriture géographique caractéristique des dynamiques territoriales en œuvre dans les pays industrialisés. En effet, les pays industrialisés ont connu une accélération du vieillissement de la population ces dernières années. Synonyme de dépenses sociales et de santé, l'explosion du nombre de personnes très âgées est vécue comme une pesanteur économique et sociale. Dans un souci de maîtrise des dépenses, et de développement d'emplois, les politiques nationales (relayées inégalement par les collectivités locales) ont renforcé dans les années 2000 l'ouverture de l'action gérontologique au secteur marchand²⁰⁰. Dans le même temps, l'Etat a continué, dans le cadre de la décentralisation, son opération de délestage des compétences gérontologiques en direction des départements. En conséquence, l'action gérontologique s'est développée sous un mode d'action sectoriel vertical dans lequel l'Etat a opéré une distinction forte entre sanitaire (Etat) et social (collectivités locales) et a fait preuve d'ingérence (création des CLIC, loi sur les services à la personne, création des MAIA).

Le début des années 2000 fut marqué par le re-positionnement de l'individu au centre des dispositifs d'aide et d'accompagnement à travers la création de l'APA et la loi du 2 janvier 2002 portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Cette nouvelle approche, centrée sur l'individu a engendré une diversification de l'offre, entériné l'ouverture aux structures lucratives et a renforcé les processus de territorialisation des Conseils Généraux. Dans ce sens, les Conseils Généraux se sont affirmés sur le plan gérontologique par le biais de la gestion de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes, par le développement d'outil de coordination (CLIC) et ont ainsi pu introduire une approche plus territoriale de l'action gérontologique. En réponse à la problématique de cette thèse, il ressort des recherches que ces évolutions ont eu trois conséquences sur les acteurs gérontologiques et sur les personnes âgées en besoin : une faible remise en cause territoriale des cloisonnements sectoriels, une montée en puissance des Conseils Généraux accompagnée de succès mais également de contraintes, et une figuration socio-spatiale de la vieillesse selon le niveau et la diversité locale de l'offre.

²⁰⁰ HALIMI S., 2003, *Le grand bon en arrière. Comment l'ordre libéral s'est imposé au reste du monde*, Paris, Fayard, p.403.

Primauté du sectoriel sur le territorial

La décentralisation, la diversification de l'offre et l'introduction des normes individuelles ont-elles remises en cause les cloisonnements sectoriels ? Selon les recherches, ces cloisonnements sont toujours à l'œuvre. Ils se sont traduits par une territorialisation sectorielle et verticale de l'action gérontologique. En aval, ce développement vertical étire et disperse localement l'offre et l'action gérontologique et soumet la coordination gérontologique aux inaboutissements institutionnels et à l'hétérogénéité des contextes locaux.

Si la discipline médicale demeure incontournable, il n'en demeure pas moins que son hégémonie sclérose l'action gérontologique. En effet, le renforcement des normes médicales dans l'appréhension politique des incapacités des personnes âgées a introduit une polarisation sectorielle des processus d'évaluation et d'action autour des normes bio-médicales. Pour les Conseils Généraux, cette polarisation semble intégrée dans la mesure où leurs circuits socio-professionnels de décision et d'évaluation sont sous tutelle gériatrique. De cette position hégémonique, il ressort, un complexe socio-professionnel suivant le secteur d'appartenance qui se transpose entre les pratiques et à l'échelle locale.

Renforcée sous le poids des restrictions économiques, cette polarisation a abouti à une segmentation géographique verticale de l'action gérontologique. Support des actions, le territoire constitue un enjeu important dans la mesure où il permet d'affirmer et d'imposer ses propres marges de manœuvre aux autres. Pour exister, les instances et les institutions gérontologiques territorialisent leurs actions de manière hiérarchique et contrôlée, et n'opèrent à aucun moment de véritables jonctions territoriales et sectorielles. L'existence politique et sectorielle de ces institutions reposent, en effet, sur des modes de régulation compartimentés et verticaux. Face à l'individualisation des réponses et à la nécessité de contenir les dépenses, les pouvoirs publics ont réagi en multipliant l'offre et les territoires d'action. Il en découle une dispersion géographique de l'offre et des territoires d'action qui interroge sur la réelle efficacité des dispositifs et des tentatives de coordination.

Forces et limites du département-providence

Comme le résume D. ARGOUD (1998), « *La logique qui a guidé ce partage de compétences entre l'Etat et le département peut se résumer à l'aide de la formule : aux collectivités locales, la mise en œuvre des services de proximité et à l'Etat, les politiques de solidarités nationales* »²⁰¹. Ainsi la protection sociale est partagée : entre l'Etat qui gère la partie productive de la population et de sa protection, et le niveau local à qui est renvoyée la prise en charge des populations assistantielles. Oscillant entre sanitaire et social et incluant d'autres sphères de réponses comme l'urbanisme, l'habitat, le transport, l'éducation, la culture, la gestion des réponses spécifiques aux personnes âgées s'inscrit dans un rapport territorial et politique double entre l'Etat et les collectivités locales. Cette dualité est prégnante des rapports qui animent le système d'acteurs gérontologiques territorialisés.

Dans ce jeu, l'Etat adopte, tout d'abord, une politique gestionnaire à travers le contrôle des affaires sanitaires et à travers le délestage « contrôlé » des affaires sociales aux collectivités locales. Mais aussi, l'Etat n'a de cesse, sous couvert de politiques de l'emploi, d'appréhender le vieillissement de la population comme secteur d'activité. L'introduction de principes concurrentiels dans l'action gérontologique émane de sa volonté de réaliser des économies par le truchement de la concurrence et d'introduire de nouveaux circuits de financement de la vieillesse par la capitalisation.

Dans ce sens l'Etat adopte vis-à-vis des Conseils Généraux un double posture partenariale et d'ingérence. Ainsi, sur le champ social, l'instauration de normes concurrentielles dans le secteur de l'aide à domicile a contribué au retour de l'Etat dans un secteur jusque là sous la tutelle des Conseils Généraux et des collectivités locales. Sur le champ sanitaire, la création des ARH puis des ARS en 2010 renforce la tutelle de l'Etat sur la gestion des affaires sanitaires et médico-sociales. Recentralisation ne rime pas forcément avec investissement. Car l'Etat n'affirme pas d'autre ambition politique que de réaliser des économies et d'appliquer une régulation marchande des affaires sanitaires et médico-sociales. Outre les économies visées, cette réforme interroge sur la redéfinition des rapports de l'Etat avec les institutions, les instances et les acteurs gérontologiques locaux.

²⁰¹ ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres, p.58.

Comme l'ont montré R. LAFORE (2003)²⁰² et J-L. SANCHEZ (2000)²⁰³, les politiques de solidarités ont opéré un renvoi à l'échelle locale des problématiques d'assistance et de lien social. Ce renvoi a profité aux départements et lui a conféré une posture « providentielle ». Le délestage des compétences gérontologiques de l'Etat en direction des départements a indiscutablement renforcé le rôle de ces derniers mais s'est également accompagné de limites sectorielles, politiques, économiques et géographiques. Comme le mentionne la loi du 13 août 2004 (acte II de la décentralisation) : « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* ». Cette définition marque une première limite dans la capacité décisionnelle des Conseils Généraux puisque une prise en compte des compétences des autres institutions gérontologiques et territoriales est mentionnée. Plus que l'élaboration d'une politique globale, le Conseil Général hérite d'un rôle de régulateur gérontologique comme le mentionne G. TIMSIT (2004), « *la notion de « chef de file gérontologique » renvoie plus à des attributions qu'à des compétences, à une régulation davantage qu'à une réglementation, à une gouvernance et non à un gouvernement* »²⁰⁴. Bien que renforcés, les Conseils Généraux évoluent au final dans un double contexte d'augmentation des besoins et de contrôle des dépenses. Ce double contexte réduit les marges de manœuvre sectorielle des Conseils Généraux et les incite à réguler de manière économique et opportuniste l'offre sur le territoire.

Le Conseil Général se pose en financeur de la dépendance et en régulateur de l'offre d'établissements et de services gérontologiques. Les contraintes budgétaires les incitent à concentrer leurs efforts en direction des personnes âgées dépendantes et les incitent, selon les densités démographiques et les potentiels économiques, à réguler l'offre entre ouverture au privé, concurrence et planification. Cette régulation hétérogène alimente les clivages géographiques. Par la formation d'espaces gérontologiques concurrentiels dans les zones les plus concentrées et les plus solvables, et par un soutien plus fort des pouvoirs publics dans les périphéries urbaines et rurales où l'origine sociale des publics et les concentrations démographiques ne prédisposent pas à la rentabilité économique. Or, comme les interactions

²⁰² LAFORE R., (2003), *Le casse-tête de la décentralisation*, Paris, Alternatives économiques, hors-série no 55, p. 56.

²⁰³ SANCHEZ J.-L., (2001), *Décentralisation, de l'action sociale au développement social*, Paris, ODAS, L'Harmattan, p.122 .

²⁰⁴ TIMSIT G., (2004), *La régulation, la notion et le phénomène*, Paris, RFAP, no 109, p. 5.

entre l'offre et les besoins gérontologiques l'ont montré, les régulations gérontologiques sont fonctions de la répartition et de la concentration de l'offre, elle-même solidaire des densités démographiques.

Vers une figuration politique et géographique de la vieillesse ?

L'offre gérontologique est structurée autour de la dépendance et selon le binôme domicile/établissement. Ce dernier est solidaire des densités et des concentrations démographiques. Il en ressort, une implantation privilégiée de l'offre de services au domicile en milieu urbain et, une implantation plus forte des établissements d'accueil en milieu rural. A l'exception de la médecine de ville et de l'offre d'accompagnement social, les interactions géographiques entre l'offre et les personnes âgées montrent un rapport d'adaptation local de ces derniers à l'offre. De manière hiérarchique : la chalandise des filières les plus techniques se joue à l'échelle régionale (CHU de Nantes et d'Angers) et les moins techniques à l'échelle locale. La répartition des professions libérales (médecin et infirmière) est plus forte en ville et s'abaisse à mesure que les concentrations fonctionnelles et démographiques s'abaissent. La concentration en ville de cette offre joue sur le niveau de la demande des personnes âgées. Les données montrent que les actes et les consommations moyennes sont surélevés en ville et sous-élevés dans certaines zones rurales. Or ces déséquilibres interrogent, notamment en milieu rural où les prédispositions à la dépendance sont les plus fortes, sur l'accès des populations âgées en besoins à la médecine générale. Sur le champ de la dépendance, en dépit des clivages géographiques entre domicile et établissements, les évaluations montrent que l'APA joue un rôle régulateur et soumet localement les publics à aux inégalités de niveau et de diversité de l'offre.

Le succès de l'APA qui repose sur des principes de libre-choix et sur une adaptation aux besoins des individus impose au final une adaptation locale des personnes âgées à l'offre. Les modalités de recours, les solidarités familiales et informelles sont liées géographiquement au niveau de concentration de l'offre. En effet, les régulations de la dépendance inversent l'effet géographique escompté et débouchent sur un rapport d'adaptation géographique des personnes en besoin à l'offre locale. Le milieu géographique joue une part prépondérante dans ces régulations. A mesure que les institutions et l'offre gérontologique sont concentrées sur le territoire, les personnes âgées se saisissent directement des dispositifs et des services qui leurs

sont destinés. A l'inverse, les familles ainsi que les travailleurs sociaux aident davantage les personnes âgées en besoin dès lors que l'offre gérontologique est moins concentrée et diverse. Cette adaptation inversée acte géographiquement le passage d'un rapport d'usager à celui de client. Les familles développent des solidarités en fonction du niveau de concentration, de lisibilité et d'accès à l'offre. La famille se pose ainsi en complément de l'offre gérontologique dans les échantillons ruraux et adopte un retrait dès lors que la mise en relation entre l'offre et la personne âgée est plus propice. Ce constat rejoint celui de S. CLEMENT, J. MANTOVANI et A. GRAND (2002) : « *Dans certains secteurs géographiques, en milieu rural, les relations de soutien aux personnes âgées continuent de privilégier un mode familialiste et communautaire de régulation, les relations interpersonnelles entre familles et intervenants, sur fonds de « familialisation » des aidants professionnels par les personnes âgées et leur entourage. Sur d'autres sites, plus particulièrement en milieu urbain, les rapports de soutien relèvent plus souvent d'autres registres, dans le cadre d'une régulation mixte, familiale et professionnelle, marquée par la triple tendance à une professionnalisation des prestations, à un certain consumérisme et à une gestion négociée de l'aide entre la personne âgée, sa famille et les professionnels* »²⁰⁵.

Le glissement de la notion d'usager à celle de client a eu pour effet de renforcer le rapport local à l'offre professionnelle. Cette mutation fige le grand âge en tant qu'objet politique, social et géographique. En effet, il ressort de la prise en charge politique des vieillards une double figuration autour de la dépendance et des objectifs de développement économique et territorial. Dans ce jeu, il ressort une « gestion » spatiale différenciée de la vieillesse : entre des zones où l'adoption des normes concurrentielles par les acteurs gérontologiques se traduise sur les personnes âgées et leurs familles par l'adoption de pratiques consuméristes, et des zones rurales où la rentabilité économique de l'action gérontologique est mise à mal et est complétée par une prise en charge plus forte des familles ou des services sociaux. De fait, les interactions observées participent à la production locale de besoins, objets et normes de l'action, selon le degré de rentabilité économique. Il ressort de ce désengagement du politique au profit des activités économiques²⁰⁶, la construction spatiale d'une vieillesse sous un modèle centre-périphérie. Les populations âgées aisées (les moins

²⁰⁵ CLEMENT S., MANTOVANI J., GRAND A., 2002, *Les interactions entre l'offre et la demande gérontologique. Une enquête dans le département du Tarn*, Toulouse, CLEIRPA, p.4.

²⁰⁶ ARGOUD D., 2009, *Les politiques du libre choix : vers la fin du politique ?*, Paris, in *Gérontologie et société*, n°131, p.53-61.

prédisposées aux situations de dépendance et d'isolement) présentent les capacités géographiques, économiques et sociales à se référer aux pratiques d'indépendance et de choix. En revanche, les populations âgées les moins aisées et les plus fragiles situées en périphérie rurale et urbaine ne présentent ni les prédispositions géographiques, ni les capacités économiques pour se démarquer des productions normatives qui découlent des politiques de la vieillesse²⁰⁷. De fait, des décalages se creusent entre les espaces où se concentrent les activités productives, espaces de l'efficacité et des choix, et les espaces où se gèrent les populations qui ne peuvent répondre aux requêtes de performance et de compétition.

Vers de nouveaux équilibres sectoriels et territoriaux

Comme le note le Conseiller Général de Loire-Atlantique interrogé, « le fait que le département soit chef de file apparaît judicieux à condition qu'il développe des partenariats entre ses propres services mais aussi avec les collectivités locales et les acteurs locaux ». La posture providentielle des Conseils Généraux ne date que des années 2000. Bien que polarisés sectoriellement et contrariés économiquement, les Conseils Généraux recherchent de nouveaux équilibres d'action. Le développement récent par les Conseils Généraux de services et de schémas croisant les compétences gérontologiques à d'autres compétences (habitat, transport, insertion, handicap...) constituent une avancée dans l'appréhension plus globale des ruptures du grand âge. D'un point de vue territorial, les recherches ont montré que les politiques et les savoir-faire des Conseils Généraux ont conduit les collectivités infra-départementales à reformuler leurs actions gérontologiques au profit d'une approche plus préventive et sociale. Ce mouvement de fond ouvre la voie à de nouveaux rapports sectoriels et territoriaux susceptibles d'atténuer les clivages existants. Il en découlera une appréhension plus large de la vieillesse dans les interventions et dans l'association des personnes âgées aux décisions qui les concernent.

²⁰⁷ ENNUYER B., 2009, *Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile ?*, Paris, in *Gérontologie et Société*, n°131, p.63-80.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages géographiques

BAILLY A., 1981, *La géographie du bien-être*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection. Espace et liberté.

BESINGRAND D., SOUMAGNE J., 2006, *Les seniors mobiles dans les petites villes Atlantiques*, Angers, in Les Annales de la Recherche Urbaine, n°100, PUCA.

BETEILLE R., 1986, *La crise rurale*, Poitiers, Que sais je ?, Presses Universitaires de France.

BIOTEAU E., FLEURET S., PIERRE G., 2007, *Un Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans les Pays-de-la-Loire. Pour quoi faire et comment ?*, Angers, programme ESSTER.

BIOTEAU E., PIERRE G., FLEURET S., 2007, *La co-construction des territoires de l'économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays de la Loire*, Angers, Equipe ESSTER, programme ESS-ASDL / DIIESES, p.3.

BIOTEAU E., PIERRE G., FLEURET S., 2007, *La co-construction des territoires de l'économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays de la Loire*, Angers, programme ESS-ASDL/DIIESES.

BLANCHET M., 2009, *Atlas Gérontologique du Maine et Loire*, Angers, Convention CNRS-CG Maine et Loire.

BLANCHET M., 2009, *Etude Orpar : définition d'un nouveau champ d'action gérontologique local*, Angers, convention monitorat-doctorant.

BLANCHET M., PIHET C., 2010, *Etat des lieux et enjeux du vieillissement de la population des Pays de la Loire*, Angers, in les Cahiers Nantais, sous la Direction de JOUSSEAUME V.

BRUNEL P., ATTIAS DONFUT C., MORVAL J., LEVY J., 2006, *Penser l'espace pour lire la vieillesse*, Paris, Presses Universitaires de France.

BULEON P., DI MEO G., 2005, *L'espace social. Lecture géographique des sociétés*, Bordeaux, Armand Colin.

BULEON P., DI MEO G., 2005, *L'espace sociale. Lecture géographique des sociétés*, Bordeaux, Armand Colin.

CHEVALIER J., FREMONT A., HERIN J., RENARD J., 1984, *Géographie sociale*, Caen, MASSON.

CLAVAL P., 1978, *Espace et pouvoir*, Paris, Presses Universitaires de France.

COM-RUELLE L., FAURE H., TONNELIER F., 1989, *L'attraction de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris : l'hospitalisation de court séjour*, Paris, CREDES.

CRIBIER F., 1992, *Les migrations de retraites*, Paris, in *Populations*, n°3.

CRIBIER F., DIELEMAN F., 1993, *La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale*, Paris, in *Espace Populations Sociétés*, n°1.

DAVID O., 2007, *Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe*, Rennes, RODIER R., ROUYER A., SECHET R., *Territoires en action et dans l'action*, Presses Universitaires de Rennes.

DENIS J-L., VALETTE A., 1998, *Devenir acteur régional de régulation*, Paris, Convention MIRE.

DI MEO G., 1996, *Les territoires du quotidien*, Pau, L'Harmattan, Géographie Sociale.

DI MEO G., 1998, *Géographie sociale et territoires*, Bordeaux, Nathan Université, collection Fac.

FLEURET S., 2003, *Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé*, Angers, in *Géocarrefour*, n°73.

FLEURET S., 2003, *Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé*, Angers, in *Géocarrefour*, n°78.

FLEURET S., BIOTEAU E., GIFFON S., 2008, *Atlas de l'Economie Sociale et Solidaire dans la Région Pays de la Loire*, Angers, programme ESSTER.

FLEURET S., SECHET R., 2002, *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes,

FREMONT A., CHEVALIER J., HERIN R., RENARD J., 1984, *Géographie sociale*, Paris, Masson.

GOLANT S., 1999, *The Promise of assisted living as shelter and care alternative for frail american elders a cautionary essay*, Université de Floride, John Hopkins Press, volume 22.

GOLANT S., 1990, *The Metropolitanization and suburbanization of the US elderly population : 1970-1988*, Université de Floride, in *The Gérontologist*, n°30.

GRASSET E., GUMUCHIAN H., LAJARGE E., 2003, *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, Grenoble, Anthropos.

GUIGOU J-L, 1998, *Produire son propre territoire*, in *Territoires*, n° 384.

GUMUCHIAN H., GRASSET E., LAJARGE R., ROUX E., 2003, *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, Grenoble, Anthropos.

GUMUCHIAN H., MAROIS C., 2000, *Initiation à la recherche en géographie – Aménagement, développement territorial*, environnement, Paris, Economica.

JEAN Y., 2007, *Géographies de l'école rurale. Acteurs, réseaux, territoires*, Poitiers, Ophrys.

JEAN Y., 2008, *La France : aménagement des territoires*, Poitiers, A. Colin, collection Universitaire.

JOUSSEAUME V., 1998, *L'ombre d'une métropole*, Nantes, Presses Universitaires de Rennes.

JOUSSEAUME V., 2002, *Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000)*, Nantes, sous la Direction de

FLEURET S., SECHET R., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes.

LEROUVILLOIS G., VINCLET P., 2002, *Les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de Basse-Normandie*, Caen, La Santé, les Soins, le Territoire. Penser le bien-être, sous la Direction de

FLEURET S., SECHET R..

LONGINO C., 1994, *Myths of an aging america*, Wake Forest, in American Demographics.

MADORE F., 2003, *Ségrégation sociale et habitat*, Nantes, Presses Universitaires de Rennes, collection Géographie sociale.

MADORE F., GARAT I., JOUSSEAUME V., GUINEBERTEAU T., POTTIER P., 2005, *Nantes. De la belle endormie au nouvel Eden de l'Ouest*, Nantes, Anthropos, p.179.

MOLES A., ROHMER E., 1972, *Psychosociologie de l'espace*, Paris, Casterman.

NOIN D., THUMERELLE P-J., 1995, *L'étude géographique des populations*, Paris, Masson Géographie.

PENNEC S., 2004, *Les vieilles femmes dans la ville*, Rennes, DENEFFLE S., sous la direction, *Femmes et Villes*, Presses Universitaires de Tours.

PIERRU F., 2008, *La santé au régime néolibéral*, Paris, Fondation Copernic.

PIGEASSOU C., 2001, *Dynamiques, mutations et changements dans le sport. L'émergence des services sportifs*, Mirabel, in Montagnes Méditerranéennes, n°13, CERNOSEM.

PIHET C., 2003, *Populations âgées et milieux géographiques. Dans deux régions atlantiques, les Pays de la Loire et la Nouvelle-Angleterre*, Angers, Habilitation à diriger des recherches, CARTA.

PIHET C., 2003, *Vieillir aux Etats-Unis. Une géographie sociale et régionale des personnes âgées*, Angers, Presses Universitaires de Rennes.

PIHET C., 2006, *Du vieillissement dans les villes à des villes pour le vieillissement ? Réflexions sur quelques exemples français*, Angers, in *Annales de la Recherche Urbaine*, n°100.

PIHET C., 2002, *Les enjeux géographiques des politiques de maintien à domicile : exemples locaux en France et au Massachusetts*, sous la Direction de

FLEURET S., SECHET R., *La santé, les soins, les territoires, penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes.

PUMAIN D., SAINT-JULIEN T., 2001, *Les interactions spatiales*, Paris, Armand Colin, Collection Cursus.

RAFFESTIN C., 1986, *Écogenèse territoriale et territorialité*, Paris, in *Espaces, jeux et enjeux*, Fayard.

SCHNEIDER E., BRODY J., 1983, *Aging natural death and the compression c morbidity another view, Londres*, in *The New England Journal of Medecine*, n°14.

THOUEZ J-P., 2001, *Territoire et vieillissement*, Paris, Presses Universitaires de France.

VIGNERON E., 1999, *Les bassins de santé. Conception et construction*, Paris, in *actualité et dossier en Santé publique*, n°29.

VIGNERON E., 2001, *Distance et Santé*, Montpellier, Presses Universitaires de France, collection territoires et économie de la santé.

Ouvrages à caractère général

ANKRI J., HENRARD J-C., 2003, *Vieillissement, grand âge et santé publique*, Paris, Editions ENSP.

ADAM P., HERZLICH C., 2005, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, coll. Sociologie.

AGAESSE M., ARGOUD D., ENNUYER B., HUGONOT R., MARECAUX Y., MOLLIER A., VILLEZ A., 2007, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, sous la direction de AMYOT J-J., Paris, Dunod.

ANKRI J., HENRARD J-C., BERTOLLOTO S., 1996, *Systèmes et politiques de Santé*, Paris, Editions ENSP, .

ARGOUD A., 2002, *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*, Paris, Dunod, Fondation de France.

ARGOUD D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*, Paris, Eres.

- ARGOUD D., 2009, *Les politiques du libre choix : vers la fin du politique ?*, Paris, in *Gérontologie et société*, n°131.
- ARGOUD D., PUIJALON B., 1999, *La parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*, Paris, Dunod, Fondation de France.
- BAUDURET J-F., 2005, *Planification et Programmation en Gérontologie*, Paris, CNSA.
- BERVERNAGE F., 1998, *La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions*, Paris, in la *Revue du généraliste et de la gérontologie*, n°42.
- BICKEL J-F., CAVELLI S., LALIVE D'EPINAY C., 2002, *De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie : un survol*, Genève, in *Gérontologie et Société*, n°102.
- BIDARD C., 1997, *L'amitié, un lien social*, Paris, la Découverte.
- BOIS J-P., 1988, *Histoire de la vieillesse*, Nantes, Que sais je ?, Presses Universitaires de France.
- BONNET C., BUFFETEAU S., GODEFROY P., 2004, *Retraite : vers moins d'inégalités entre hommes et femmes ?*, in *Population et Sociétés*, Insee, n°401.
- BRUTEL C., 2001, *Projections de population à l'horizon 2050, un vieillissement inéluctable*, Paris, in *Insee Première*, n°762.
- CAMBOIS E., DESEQUELLES A., RAVAUD J-F., 2003, *Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap*, Paris, in *Populations et Société*, n°386.
- OLM C., SIMON M., 1997, *Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches de la même réalité*, Paris, in *Cahier de Recherche, Crédoc*, n°110.
- CHAUVIN K., 1998, *La description instituée du vieillissement en terme de dépendance : un choix socio-économique influençant des étapes de la vieillesse ?*, Rennes, in *Prévenir « Formes et sens du vieillir »*, n°35.
- CLEMENT S., MANTOVANI J., GRAND A., 2002, *Les interactions entre l'offre et la demande gérontologique. Une enquête dans le département du Tarn*, Toulouse, CLEIRPA.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Nanterre, Eres.
- DELBES C., GAYMU J., 2002, *Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin*, Paris, in *Populations*, INED, n°57.
- DELBES C., GAYMU J., 2003, *La retraite. Quinze ans après*, Paris, Les Cahiers de l'INED, INED.
- DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S., 2006, *Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen*, Paris, in *Populations et Sociétés*, n°419, INED.

DUBAR C., TRIPIER P., 2003, *Sociologie des professions*, Saint-Quentin en Yvelines, Armand Colin.

DURKHEIM E., 1968 (ré-édition, *Les règles de la méthode sociologique*, Presses Universitaires de France.

ELIAS N., 1986, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Levy.

ENNUYER B., 1996, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les associations parisiennes de soins et services à domicile*, Paris, FASSAD.

ENNUYER B., 2002, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod.

ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.

ENNUYER B., 2009, *Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile ?*, Paris, in *Gérontologie et Société*, n°131.

ENNUYER B., 2002, *Les CLIC : un nouvel encadrement des personnes vieillissantes*, Paris, in *Gérontologie et société*, n°100.

FELLER E., 1997, *Vieillesse et société dans la France du premier XXème siècle : 1905-1953*, Thèse d'Histoire, sous la Direction de PERROT M., Paris, Université Diderot-Paris.

FOUQUET A., LAROQUE M., PUYDEBOIS C., 2009, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en oeuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements*, Paris, La Documentation Française, IGAS, p.172.

FREIDSON E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Presses Universitaires de France.

FRINAULT T., 2005, *Du ressortissant bénéficiaire aux ressortissants-usagers : l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine de la vieillesse*, Rennes, in *Politiques et management public*, n°2.

FRINAULT T., 2007, *Les mondes du handicap et de la dépendance. Les départements face à la convergence des dispositifs*, Rennes, in *Pouvoirs Locaux*, n°75.

FRINAULT T., 2009, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

GALLI J., 2002, *Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France*, Paris, in les cahiers de sociologie et de démographie médicale, 42ème année, n°4.

GIDDENS A., 1987, *La constitution de la société, éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses Universitaires de France.

- GROSSER A., 1972, *L'explication politique*, Paris, Colin.
- GUCHER C, 2003, *L'action gérontologique locale. Entre Commune, association et marché*, Grenoble.
- GUERIN S., 2007, *Vive les vieux !*, Paris, Michalon.
- GUERIN S., 2009, *La société des seniors*, ESG, Michalon.
- GUILLEMARD A-M., 1972, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton.
- HASSENTEUFEL P., 2008, *Sociologie politique : l'action publique*, Saint-Quentin en Yvelines, Armand Colin.
- HENRARD J-C., ANKRI J., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Saint-Quentin en Yvelines, ENSP.
- HENRARD J-C., ANKRI J., BERTOLLOTO F., 1996, *Systèmes et politiques de santé*, Saint Quentin en Yvelines, Editions ENSP.
- JENNAR R-M., KALAFATIDES L., 2007, *L'AGCS. Quand les Etats abdiquent face aux multinationales*, Paris, Raisons d'agir.
- JOBERT B., 1987, *L'Etat en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- JODELET D., 1989, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- KAUFMANN J-C., 2004, *L'invention de soi. Théorie de l'identité*, Paris, Armand Colin.
- LAROQUE P., 1962, *Politique de la vieillesse*, Paris, la Documentation Française.
- LAFORE R., 2004, *La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du département providence*, Bordeaux, in *Revue des Française des Affaires Sociales*, n°4.
- LAVILLE J-L., 2001, *Les services sociaux entre associations, Etat et marché*, Paris, La Découverte, MAUSS.
- LEDUC F., 2001, *L'évaluation des situations individuelles, un démarche nommé DESIR*, Paris, in *Gérontologie et société*, n°99.
- LEFEVRE H., 1955, *La notion de totalité dans les sciences sociales*, Paris, in *Cahiers internationaux de la sociologie*, volume 18.
- LEGENDRE N., 2004, *Evolution des niveaux de vie de 1996 à 2001*, Paris, in *Insee Première*, n°984, Insee.
- LEVET-GAUTRAT M. FONTAINE A., 1987, *Gérontologie sociale*, Nanterre, Que sais je ?,

Presses Universitaires de France.

LEVET-GAUTRAT M., 1985, *À la recherche troisième âge. Eléments de gérontologie sociale*, Nanterre, Armand Colin.

LEONARD J., 1981, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^{ème} siècle*, Paris, Aubier-Montaigne.

LORIOU M., 1995, *Construction de la maladie et influence professionnelle : l'exemple de trois approches de la fatigue*, Paris, in Sciences sociales et société, n°2.

LORIOU M., 2002, *L'impossible politique de santé publique*, Toulouse, Eres.

MANTOVANI J., CLEMENT S., GRAND A., 2002, *Les interactions entre l'offre et la demande gérontologique. Une enquête dans le département du Tarn*, Toulouse, CLEIRPA.

MENDRAS H., 2001, *Eléments de sociologie*, Paris, Armand Colin.

MESRINE A., 1999, *Les différences de mortalité par milieu social restent fortes*, Paris, in Données sociales, Insee.

MIZRAHI A., MIZRAHI A., 2002, *Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort*, Bourg la Reine, in Gérontologie et Société, ARGSES, n°101.

MONTEIL C., ROBERT-BOBEE I., 2005, *Les différences sociales de mortalité*, Paris, in Insee Première, n°1025.

MORMICHE P., 2000, *Le handicap se conjugue au pluriel*, Paris, Insee, in INSEE Première, enquête HID, n°742.

NOGUES H., 2006, *Les revenus des personnes âgées. Un enjeu de société*, Nantes, in Gérontologie et Société, n°117.

NOGUES H., 2003, *De l'aide ménagère à la PSD : les avatars des prestations d'aide à domicile*, Nantes, sous la direction de MARTIN C., *La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe ?*, Presses Universitaires de Rennes, ENSP.

NOGUES H., 2009, *Les services d'aide à domicile aux personnes âgées. De la démarchandisation à un nouveau marché-providence*, in Ressources solidaires.

OLIVENNES D., BAVEREZ N., 1989, *L'impuissance publique*, Paris, Calmann-Levy.

PAILLAT P., 1989, *Passages de la vie active à la retraite*, Paris, Presses Universitaires de France.

PAN KE SHON J-L., 2002, *Etre seul*, Paris, Données sociales, La société française.

PAN KE SHON J-L., 2003, *Isolement relationnel et mal-être*, Paris, division Etudes territoriales Insee, in Insee Première, n°931.

PAN KE SHON J.L., 2005, *La représentation des habitants de leur quartier : entre bien-être et repli*, Paris, in INSEE Économie et Société, n°386.

PELLETIER C., 2005, *Démarche qualité et service aux personnes à domicile*, Paris, Dunod.

PINCON-CHARLOT M., PINCON M., 1988, *Histoires de vie, espaces de vie*, Paris, in l'Espace géographique, n°2.

PITAUD P., REDONNET M., 2002, *Les solidarités de voisinage : regard sur l'isolement et la solitude des personnes âgées*, Marseille, Institut de Gérontologie Sociale de Marseille, Université de Provence, 2002.

POCHET P., 1997, *Les personnes âgées*, Paris, Édition La découverte.

POCHET P., 1996, *La mobilité quotidienne des personnes âgées*, Paris, in Gérontologie et société.

RIEG Christelle., 2007, *Pays de la Loire en 2030 : 4 millions d'habitants*, Nantes, Insee Pays de la Loire, in Insee Etudes, n°61.

ROBINE J-M., MORMICHE P., 1993, *L'espérance de vie sans incapacité augmente*, Paris, in Insee Première, n°281.

ROSANVALLON P., 1981, *La Crise de l'Etat-Providence*, Paris, le Seuil.

ROUYER A., RUMEAU L., 2007, *Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation*, Toulouse, DODIER R., ROUYER A., SÉCHET R, *Territoires en action et dans l'action*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Géographie sociale ».

SEGUIN S., 2008, *Les incidences du vieillissement de la population dans les Pays de la Loire*, Nantes, in Insee Etudes, n°70, Insee Pays de la Loire.

SANCHEZ J.-L., *Décentralisation : de l'action sociale au développement social. Etat des lieux et perspectives*, Paris, ODAS, L'Harmattan.

SOUCHON S., NOGUES F., JIBIDAR E., FONDOP A-M., LEZY-MATHIEU M., 2003, *L'architecture peut elle être source de maltraitance ? Un regard de géiatres*, Paris, in Gérontologie et Société, n°119.

THIERRY X., 1999, *Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage*, in Population, n°54.

THIERRY X., 2000, *Mortel veuvage : risques de mortalité et causes médicales des décès aux divers moments du veuvage*, Paris, in Gérontologie et société, n°95.

THOMAS H., 1996, *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, Édition L'Harmattan.

VALLIN J., 1992, *La démographie*, Paris, collection Repères.

ZEYNEP O., RENAUD T., 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)*, Paris, IRDES, n°23.

Plans, rapports et études des institutions et des instances gérontologiques

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE, 2006, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010*, Nantes, ARH.

AUGRIS N., 2008, *Les allocataires du minimum vieillesse*, Paris, in Etudes et Resultats, n°631.

BAILLEAU G., TRESPEUX F., 2008, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2007*, Paris, in Etudes et Résultats, DREES, n°656.

BERTRAND D., 2010, *Les activités de soins à domicile en 2008*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°739.

BERTRAND D., 2010, *Les services de soins infirmiers en 2008*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°739.

BLANC P., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, Paris, Sénat, Rapport remis à BAS P., Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, personnes handicapées et la famille.

BONY A., 2007, *Bilan de la politique de tarification de l'aide à domicile, en termes de structuration de l'offre et de professionnalisation*, Paris, DGAS, Séminaire DREES Mission Recherche, *Qualité de l'Aide à Domicile*, Séance du 13 mars 2008.

CAMBOIS E., ROBINE J-M., 2003, *Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels*, Paris, DRESS, in Etudes et Résultats, n°261.

DRASS Pays de la Loire, *L'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées fin 200*, in Echos des Stats, n°30, Nantes.

CLEMENT E., 2010, *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2008*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°714.

CLEMOT A., CLOAREC N., JEAN O., MASSINON V., RIEG C., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, Insee Dossier, n°27, Insee Pays de la Loire, Conseil Général Loire-Atlantique, Ministère de la Santé et des Solidarités.

COHEN-SOLAL M., LELIEVRE M., 2003, *Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°213.

COLIN C., 2001, *L'autonomie des personnes de 80 ans et plus*, Paris, in *Gérontologie et Société*, n°98, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DRESS.

COLIN C., COUTTON., 2000, *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID*, DRESS, in *Etudes et Résultats*, n°94.

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 2008, *Rapport sur l'offre de soins sur le territoire*, Paris, Assemblée Nationale, Rapport d'Information présenté par BERNIER M., p.11-34.

CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, 2010, *Budget Global Départemental 2010*, Angers, Commission des Ressources et de l'Evaluation des Politiques Publiques.

COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Paris, Cour des Comptes, Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés.

DATAR, 2004, *Services à la demande et transports innovant en milieu rural : de l'inventaire à la valorisation des expériences*, Clermont-Ferrand-Grenoble, DATAR, DTT, ADEME.

DATAR., DTT., ADEME., 2004, « *Services à la demande et transports innovant en milieu rural : de l'inventaire à la valorisation des expériences* », Clermont-Ferrand, Grenoble, 2004.

DELOFFRE A., 2004, *Les retraités en 2003*, Paris, Drees, in *Dossiers solidarité et santé*, n° 4.

DESCOURS C., 2003, *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Paris, Sénateur Honoraire, Sénat, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, la Documentation Française.

DRASS Pays de la Loire, 2002, *Attractivité et autonomie des secteurs sanitaires en chirurgie*, Nantes, DRASS Pays de la Loire, in *Echos des Stats*, n°12.

DRASS Pays de la Loire, 2003, *Les structures d'accueil et de prises en charge des personnes âgées dans la région Pays de la Loire* », Nantes, rapport interne, Nantes.

DRASS PAYS DE LA LOIRE, 2007, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Nantes, STATISS.

DRASS Pays de la Loire, 2009, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Nantes, édition 2009.

DRASS Pays de la Loire., 2003, *La clientèle des maisons de retraites et des foyers-logements*, Nantes, DRASS Pays de la Loire, in *Echo des Stats*, n°7.

DURRAFOURG M., STEPHANE P., 2006, *Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la caisse nationale d'assurance*

vieillesse, Paris, IGAS, n°63.

GUILLAUMEUX V., 2007, *Soutien à domicile des personnes âgées à Nantes : évaluation des besoins et piste pour l'action publique*, Rennes, cabinet TMO, Rapport d'évaluation.

IGAS, 2002, *Politiques sociales de l'Etat et territoires*, Rapport annuel 2002, Paris, la Documentation Française.

LAROQUE M., GUILLERMO V., VOISIN J., LACAZE D., 2010, *Synthèse 2010 de l'Allocation Personnalisée Autonomie*, Paris, IGAS, rapport.

LE F., DUE M., 2008, *Une évolution des dépenses de soins de ville en accélération en 2007*, Paris, DREES, in Etudes et Résultats, n°646, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.

LEBEAUPIN A., RABAUD J., 2007, *Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015*, Nantes, in Insee Etudes, n°53, Insee Pays de la Loire.

MARQUIER R., 2010, *Les activités des aides à domicile en 2008*, Paris, in Etudes et Résultats, n°741.

OMALEK Laurent., 2001, *Projections régionales pour 2030 : l'impact des migrations*, Insee, in Insee Première, n° 805.

PETILLON X., 2008, *La vie après 60 ans en Loire-Atlantique : enjeux et perspectives*, Nantes, in Insee Dossier, n°28, Insee Pays de la Loire.

CONSEIL GENERAL DE LOIRE-ATLANTIQUE., 2006, *Projet de schéma gérontologique : un plan d'actions pour 5 ans en faveur des personnes âgées*, Nantes.

CONSEIL GENERAL DU MAINE-ET-LOIRE., 2008, *Schéma gérontologique de transition 2008-2010*, Angers.

CONSEIL GENERAL DE MAYENNE., 2007, *Schéma gérontologique médico-social et social des personnes âgées*, Laval.

CONSEIL GENERAL DE VENDEE., 2009, *Schéma départemental gérontologique*, La Roche-sur-Yon.

TUFFREAU F., 2003, *Bilan sanitaire et social 2003*, Nantes, Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire.

URCAM Pays de la Loire, 2004, *Les dépenses de santé des régimes de l'assurance maladie en 2004*, Nantes, URCAM Pays de la Loire, CRAM Pays de la Loire.

WALRAET E., 2004, *Vivre en ville ou à la campagne quand on vieillit*, Nantes, in Insee Etudes, n°29, Insee Pays de la Loire.

Ouvrages méthodologiques

BALANCHET A., 1997, *Dire et faire dire, L'entretien*, Paris, Armand Colin, seconde édition.

BEGUIN M., PUMAIN D., 2000, *La représentation des données géographiques. Statistique et cartographique*, Paris, Cursus Géographie, Armand Colin.

BERTHIER N., 2006, *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthode et exercices corrigés*, Grenoble, Armand Colin, coll. Cursus.

FREYSSINET-DOMINJON J., 1997, *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Monschrétien-EJA.

GAUTHIER B., 1992, *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données*, Quebec, Presse de l'Université du Quebec, seconde édition.

GIROUX S., TREMBLAY G., 2003, *Méthodologie des sciences humaines, la recherche en action*, Sherbrooke (Canada), ERPI, coll. Sciences humaines.

GRAWITZ M., 1996, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, coll Précis, 10^{ème} édition.

LOUBET DEL BAYLE J-L., 2000, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Toulouse, L'Harmattan.

TIMSIT G., 2004, *La régulation, la notion et le phénomène*, Paris, RFAP, no 109.

Mémoires, Thèses

BESINGRAND D., 2005, *La mobilité résidentielle des seniors sur la façade atlantique de l'Europe*, Angers, Doctorat sous la direction de SOUMAGNE J., Université d'Angers.

BLANCHET M., 2005, *L'intégration sociale des personnes âgées dans la ville de Nantes*, Angers, sous la Direction de PIHET C., mémoire de D.E.A, Université d'Angers, CARTA.

GUISELIN S., 2004, *Territorialisation de la politique gérontologique : l'exemple de l'Ille-et-Vilaine*, Rennes, Doctorat sous la direction de SECHET R., Université de Rennes.

FLEURET S., 2000, *Espaces hospitaliers, autour de l'exemple angevin. Essai d'une hospitalographie*, Thèse de doctorat en géographie, université d'Angers.

RENAUX-RIVREAU P., 2002, *Logement et habitat dans les campagnes. Les politiques d'amélioration de l'habitat dans les Pays de la Loire : un facteur de développement local*, Angers, Thèse de Doctorat de Géographie, sous la direction de HUMEAU J-B.

Sources multimédias

ESCUDE J-N., 2009, *La CNSA au pied du mur*, Localtis, www.localtis.fr.

ESCUDE J-N., 2009, *La crise s'accélère dans le secteur de l'aide à domicile*, Paris, Localtis.

GERVAIS A., GRIMALDI A., 2010, *Hôpital public à vendre*, Paris, in *Le Monde Diplomatique*, n°57.

LE DUC M., 2010, *Le conseil général n'augmentera pas les impôts en 2010. En contrepartie, il doit trouver des économies. Le monde associatif va se serrer la ceinture*, Nantes, Ouest-France.

LIBERATION, 28/09/2010, *La précarité grandissante des personnes âgées inquiète les associations*, Paris, p.8.

www.inegalites.fr

www.urcam-pdll.fr

http://www.petitsfreres.asso.fr/mediastore/11/8194_1_FR_original.pdf

<http://www.uriopss-paysdelaloire.com>

LISTE DES ENTRETIENS

Instances et institutions

Pays de la Loire

Directeur de la contractualisation de l'ARH Pays de la Loire	06/05/2009	Nantes
Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales à la DRASS Pays de la Loire en charge du CROSMS	14/01/2009	Nantes
Directeur du service d'action sociale de la CRAM Pays de la Loire	13/03/2009	Nantes
Chargé de mission relatif aux services à la personne de la DRETFP Pays de la Loire	12/02/2009	Nantes

Loire-Atlantique

Conseiller Général chargé des affaires gériatriques	02/06/2009	Nantes
Directeur du service d'action gériatrique de la Loire-Atlantique	10/03/2009	Nantes
Inspecteur aux affaires sanitaires et sociales de la DDASS de la Loire-Atlantique chargé établissements hospitaliers	09/03/2009	Nantes
Inspecteur des Affaires Sanitaires Sociales de la Loire-Atlantique chargé des établissements médico-sociaux	03/04/2009	Nantes
Directeur Centre Habitat de Nantes	10/03/2009	Nantes
Directeur du Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique	20/03/2009	Nantes
Président FNADEPA Loire-Atlantique	19/10/2008	Machecoul

Maine-et-Loire

Conseiller Général chargé des affaires gériatriques	03/04/2009	Angers
Directeur du service d'action gériatrique du Maine et Loire	03/04/2009	Angers
Inspecteur des Affaires Sanitaires Sociales de la Vendée	20/03/2009	Angers

chargé des établissements médico-sociaux

Directeur du Conseil de l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire	20/03/2009	Angers
Directeur du service d'action sociale de la MSA Maine-et-Loire	09/03/2009	Angers
Directeur Pact-Anjou	10/03/2009	Angers
Président FNADEPA Maine-et-Loire	15/06/2009	Cholet

Mayenne

Conseiller Général chargé des affaires gérontologiques	03/04/2009	Laval
Directeur du service d'action gérontologique de la Mayenne	02/06/2009	Laval
Directeur d'Habitat et Développement 53	02/06/2009	Laval
Directeur Départemental ADMR Mayenne	11/10/2008	Laval
Directeur circonscription sociale de Mayenne de la MSA Mayenne-Orne-Sarthe	11/10/2008	Mayenne

Vendée

Conseiller Général chargé des affaires gérontologiques	14/11/2009	La Roche sur Yon
Directeur du service d'action gérontologique de Vendée	01/03/2009	La Roche sur Yon
Inspecteur de la DDASS Vendée chargé des établissements médico-sociaux	14/11/2009	La Roche sur Yon
Directeur du service d'action sociale de la MSA Vendée	01/03/2009	La Roche sur Yon
Directeur de la démographie médicale du Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée	08/11/2008	La Roche sur Yon
Président FNADEPA Vendée	14/01/2009	Les Brouzils
Directeur Départemental ADMR Vendée	01/03/2009	La Roche sur Yon

Acteurs locaux (suivant les intercommunalités)

CU Nantes Métropole

Elu municipal en charge des affaires géronologiques	08/04/2009	Nantes	
Elu municipal en charge des affaires géronologiques	22/06/2009	Rezé	
Elu municipal en charge des affaires géronologiques	16/04/2009	Carquefou	
Elu municipal en charge des affaires géronologiques	15/04/2009	Saint- Herblain	
Directeur HAD CHU de Nantes	12/02/2008	Nantes	Public
Médecin généraliste	01/02/2009	Nantes	Libéral
Médecin généraliste	par téléphone le 30/04/2009	Nantes	Libéral
Médecin généraliste	02/04/2009	Nantes	Libéral
Médecin généraliste	09/04/2009	Rezé	Libéral
Directeur d'EHPAD	09/04/2009	Nantes	Associatif
Directeur d'EHPAD	02/04/2009	Rezé	Public
Directeur d'EHPAD	07/10/2008	Nantes	Lucratif
Infirmière Coordinatrice SSIAD Nantes	07/04/2009	Nantes	Associatif
Infirmière Coordinatrice SSIAD Bouguenais	01/02/2009	Bouguenais	Public
Infirmière libérale	07/01/2009	Nantes	Libéral
Infirmière libérale	02/09/2008	Rezé	Libéral
Directeur CLIC Nantes	07/10/2008	Nantes	Associatif

Entourage

Directeur CLIC Ville-Vill'âge	14/01/2009	Vertou	Associatif
Directeur CLIC Nord-Loire (Carquefou)	01/02/2009	Vertou	Associatif
Directeur Domicile Voisin'âge	02/09/2008	Rezé	Mutualiste
Directeur Domiciles Collectifs La Cremerterie	02/04/2009	Saint-Herblain	Mutualiste
Directeur Domicile Service Crucy Fourré	08/10/2008	Nantes	Mutualiste
Directeur service personnes âgées CCAS de Nantes	08/04/2009	Nantes	Public
Directeur Adecco à domicile	07/04/2009	Nantes	Lucratif
Directeur ADAR	15/11/2008	Orvault	Associatif
Directeur service aide à domicile Rezé	07/10/2008	Rezé	Public
Directeur service aide à domicile CCAS Carquefou	16/04/2009	Carquefou	Public
Directeur service aide à domicile Saint Sébastien sur Loire	08/10/2008	Saint Sébastien sur Loire	Public
Directeur service aide à domicile Saint-Herblain	15/04/2009	Saint-Herblain	Public
Directeur DOMUS service	24/03/2009	Saint Aignan de GrandLieu	Associatif
Directeur AAFP	14/01/2009	Nantes	Associatif
Directeur ADEF	08/10/2008	Rezé	Associatif
Directeur AREF	15/04/2009	Orvault	Associatif
Directeur DOMIDOM'	17/03/2009	Nantes	Lucratif

Directeur Age d'or serservices	11/03/2009	Nantes	Lucratif
Directeur ADT	14/01/2009	Nantes	Associatif
Directeur Adhap services	07/01/2009	Nantes	Lucratif
Directeur service aide à domicile Bouguenais	02/07/2009	Bouguenais	Public
Directeur Petits Frères des Pauvres	24/03/2009	Nantes	Associatif
Président Saint Jacques solidarités	02/09/2008	Nantes	Associatif
Président liens croisés	22/06/2009	Rezé	Associatif
Directeur ORPAN	24/03/2009	Nantes	Associatif
Président ORPAR	22/06/2009	Rezé	Associatif
Directeur ORPAH	16/02/2009	Saint- Herblain	Associatif
Bureau Secours populaire Nantes	27/02/2009	Nantes	Associatif
Président secours catholique de Rezé	07/05/2009	Rezé	Associatif

CA Agglomération du Choletais

Elu intercommunal en charge des affaires gérontologiques	12/03/2009	La Tessoualle	
Directeur service gériatrie du CH de Cholet	24/02/2009	Cholet	Public
Directeur HAD du CH de Cholet	12/03/2009	Cholet	Public
Médecin généraliste	04/09/2008	Cholet	Libéral
Médecin généraliste	24/02/2009	Cholet	Libéral

Infirmier-coordonateur SSIAD Cholet	14/06/2009	Cholet	Public
Infirmière-coordinatrice			
SSIAD la Tessoualle	15/06/2009	La Tessoualle	Associatif
Infirmière-coordinatrice			
SSIAD Choletais	04/09/2008	Cholet	Associatif
Infirmière libérale	21/11/2008	Cholet	Libéral
Directeur CLIC du Choletais	02/02/2009	Cholet	Associatif
Directeur CCAS de Cholet	02/02/2009	Cholet	Public
Directeur Age d'or service	21/11/2008	Cholet	Lucratif
Directeur AFAD services	03/03/2009	Cholet	Associatif
Président ADMR la Tessoualle	21/11/2009	La Tessoualle	Associatif
Président ADMR May et Evre	02/02/2009	Bégrolles en Mauges	Associatif
Directeur AFAD services	04/09/2008	Cholet	Associatif
Président ORPAC	16/06/2009	Cholet	Associatif

CC Pays de Mayenne

Directeur CH de Mayenne	25/03/2009	Mayenne	Public
Médecin généraliste	25/03/2009	Mayenne	Libéral
Directeur Maison de retraite CCAS Mayenne	24/03/2009	Mayenne	Public

Directeur SSIAD hôpital Mayenne	12/10/2008	Mayenne	Public
Infirmière libérale	11/10/2008	Mayenne	Libéral
Directeur CLIC May'âge	25/03/2009	Mayenne	Associatif
Directeur CCAS Mayenne	24/03/2009	Mayenne	Public
Directeur ADMR Jublains	12/10/2008	Jublains	Associatif
Directeur ADMR Mayenne	24/03/2009	Mayenne	Associatif
Directeur Centre socio- culturel Mayenne	12/10/2008	Mayenne	Associatif

CC Pays de Saint- Gilles Croix de Vie

Médecin généraliste	12/01/2009	Saint Gilles Croix de Vie	
Directeur Maison de retraite Saint-Gilles Croix de Vie	07/06/2009	Saint Gilles Croix de Vie	
Directeur SSIAD Saint Gilles Croix de Vie	07/06/2009	Saint Gilles Croix de Vie	
Infirmière Libérale	07/06/2009	Saint Gilles Croix de Vie	
Directeur CLIC Mer et Vie	23/04/2009	Saint Gilles Croix de Vie	Associatif
Président ADMR Commequiers	12/01/2009	Commequiers	Associatif
Président ADMR Saint Gilles Croix de Vie	12/01/2009	Saint Gilles Croix de Vie	Associatif
Directeur Age d'or service	23/04/2009	Saint Jean de Monts	Lucratif

Directeur SAAD	par téléphone le 20/05/2009	Landevieille	Lucratif
Bénévoles secours populaire	12/01/2009	Saint Gilles Croix de Vie	Associatif

CC Pays de Pouzauges

Médecin généraliste	01/04/2009	Pouzauges	Libéral
Médecin généraliste	22/06/2009	Pouzauges	Libéral
Maison de retraite de Pouzauges	02/04/2009	Pouzauges	Public
Infirmière libérale	22/06/2009	Pouzauges	Libéral
Infirmière libérale	par téléphone le 20/05/2009	Pouzauges	Libéral
Directeur CLIC Est Vendéen	02/04/2009	La Chataigneraie	Associatif
Directeur MARPA Saint Michel Mont Mercure	01/04/2009	Saint Michel Mont Mercure	Associatif
Président ADMR Saint Michel Mont Mercure	22/06/2009	Saint Michel Mont Mercure	
Directeur ADMR Pouzauges	02/04/2009	Pouzauges	Associatif
Président ADMR la Pommeraiie	02/04/2009	La Pommeraiie	Associatif Associatif

CC Canton de Baugé

Président intercommunalité du	09/09/2008	Baugé
----------------------------------	------------	-------

canton de Baugé

Cadre de santé Hôpital local de Baugé	09/09/2008	Baugé	Public
Directeur Maison de retraite Baugé	05/05/2009	Baugé	Associatif
Infirmière coordinatrice SSIAD intercommunal du Baugeois	08/09/2008	Baugé	Public
Coordinateur CLIC Nord-Est Anjou	08/09/2008	Baugé	Associatif
Président ADMR Baugé	09/09/2008	Baugé	Associatif
Directeur ASSADOM	02/04/2009	Angers	Associatif
Directeur service intercommunal de portage de repas	19/05/2009	Baugé	Associatif
Directeur Centre Socio-culturel de Baugé	19/05/2009	Baugé	Associatif
Bénévoles banque alimentaire de Bauge	par téléphone le 19/05/2009	Baugé	Associatif

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Cartes :

Carte 1 : Départements et villes principales de la Région Pays de la Loire.....	27
Carte 2 : Echantillons territoriaux d'observation de la thèse et communes de l'intercommunalité de Nantes Métropole.....	30
Carte 3 : Vieillissement et grand vieillissement des intercommunalités de la Région Pays de la Loire (en %)	40
Carte 4 : Vieillissement et grand vieillissement des communes et IRIS de l'agglomération de Nantes.....	44
Carte 5 : Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans entre 1999 et 2006 dans la Région Pays de la Loire (en %).....	46
Carte 6 : Structuration socio-spatiale des retraités de la Région Pays de la Loire	58
Carte 7 : Structuration socio-spatiale des retraités de l'agglomération de Nantes.....	61
Carte 8 : Proportions de ménages retraités composés d'une seule personne dans la Région Pays de la Loire (en %)	69
Carte 9 : Proportions de ménages de plus de 65 ans composés d'une seule personne dans les communes et les IRIS de l'agglomération de Nantes (en %).....	70
Carte 10 ; CAH des conditions d'habitations des personnes âgées dans la Région Pays de la Loire	75
Carte 11 : CAH des conditions d'habitation des personnes âgées dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération de Nantes.....	77
Carte 12 : Faibles revenus des personnes âgées de 60 à 75 ans dans la Région Pays de la Loire	81
Carte 13 : Faibles revenus des personnes âgées de plus de 75 ans dans la Région Pays de la Loire	82
Carte 14 : Inégalités de revenus des populations âgées de la Région Pays de la Loire	84
Carte 15 : Revenus moyens et inégalités de revenus des ménages de l'agglomération Nantaise	85
Carte 16 : Prédispositions territoriales de la dépendance dans la Région Pays de la Loire	89
Carte 17 : Prédispositions territoriales de la dépendance dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération nantaise	92

Carte 18 : Projection des situations d'isolement social au grand âge dans la Région Pays de la Loire	95
Carte 19 : Projection territoriale des situations d'isolement social au grand âge dans les IRIS et les quartiers de l'agglomération nantaise	97
Carte 20 : Proportions des médecins libéraux dans la Région Pays de la Loire	214
Carte 21 : Grand vieillissement et offre d'hébergement pour personnes âgées dans la Région Pays de la Loire	221
Carte 22 : Répartition géographique des établissements gérontologiques dans l'agglomération nantaise.....	229
Carte 23 : Offre de services d'infirmiers domicile et grand vieillissement dans la Région Pays de la Loire.....	233
Carte 24 : Evolution de la couverture territoriale des CLIC (2004-2008) dans la Région Pays de la Loire.....	243
Carte 25 : Consommation médicale des personnes âgées dans la Région Pays de la Loire ..	262
Carte 26: Localisation, statuts et volumes d'heures travaillées des services d'aide à domicile de l'agglomération Nantaise.....	276
Carte 27 : Territoires d'observation de l'ACP relative aux régulations territoriales de la dépendance	291
Carte 28 : Les services Lila de transport à la demande (Loire-Atlantique)	299
Carte 29 : Territoires de diffusion de l'enquête	311

Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des échantillons territoriaux d'observation (en %)	28
Tableau 2 : Evolution du nombre de personnes âgées et très âgées entre 1999 et 2006 (en %)	45
Tableau 3 : Niveau économique de vie des retraités selon l'origine socioprofessionnelle (par an en 2001 et en euros).....	56
Tableau 4 : Evolution des modes de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus.....	63
Tableau 5 : Table régionale des corrélations des variables relatives à la dépendance.....	87
Tableau 6 : Problématique et architecture théorique des entretiens semi-directifs auprès des acteurs gérontologiques.....	102
Tableau 7 : Acteurs gérontologiques institutionnels interrogés	103

Tableau 8 : Acteurs gérontologiques locaux interrogés suivant le secteur d'appartenance et la localisation géographique.....	103
Tableau 9 : Identification sectorielle des acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur d'appartenance et la localisation géographique (en %).....	113
Tableau 10 : Dépassement des compétences sectorielles des acteurs gérontologiques locaux selon le secteur et l'échantillon géographique (en %).....	115
Tableau 11 : Rapports sectoriels et professionnels hiérarchiques suivant le secteur d'intervention et la localisation géographique (en %)	128
Tableau 12 : Evolution des budgets gérontologiques des Conseils Généraux de l'étude entre 2004 et 2008 (en %)	142
Tableau 13 : Contrainte budgétaire exprimée par les acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur et la localisation géographique (en %).....	144
Tableau 14 : Rapports de négociation économique des acteurs gérontologiques locaux suivant le secteur et la localisation géographique (en %)	146
Tableau 15 : Coexistence économique et sectorielle exprimée par les acteurs gérontologiques locaux selon le secteur d'appartenance (en %)	155
Tableau 16 : Liens économiques informels entre les acteurs gérontologiques locaux (en %)	157
Tableau 17 : Rapports de concurrence économique des acteurs de la dépendance à domicile (en % et ratio).....	162
Tableau 18 : Maillages territoriaux et antennes d'action des Conseils Généraux de l'étude.	188
Tableau 19 : % de lits et de places d'hospitalisation à temps complet dans les départements des Pays de la Loire.....	211
Tableau 20 : Situation de l'Hospitalisation à Domicile dans les départements de la Région Pays de la Loire en 2006	213
Tableau 21 : Nombre moyen d'habitants pour 1 médecin généraliste dans les échantillons territoriaux d'observation (population totale et plus de 65 ans).....	216
Tableau 22 : Personnes de plus de 55 ans au sein des médecins libéraux (en %).....	218
Tableau 23 : L'accueil en établissement des personnes âgées dans les départements de la Loire-Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Vendée	219
Tableau 24 : Nombre d'habitants âgés de plus de 82 ans pour une place en établissements selon les départements et le type d'établissement.....	222
Tableau 25 : Nombre d'habitants âgés de plus 82 ans pour une place en établissements (EHPAD et SLD)	225

Tableau 26 : Croissance du nombre de lits en établissements pour personnes âgées entre 2003 et 2007(en %)	226
Tableau 27 : Présence inégale des infirmières libérales et des SSIAD dans la Région Pays de la Loire	232
Tableau 28 : Modes de gestion des services d'aide à domicile agréés dans les départements de la Loire-Atlantique, du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Vendée	235
Tableau 29: Supports et maillages territoriaux d'action des institutions gérontologiques	250
Tableau 30 : Nombre de séjours moyen en MCO* suivant l'âge et les départements de la Région Pays de la Loire	257
Tableau 31 : Présence des médecins libéraux, vieillissement du territoire et consommation médicale des personnes âgées dans les départements et les échantillons territoriaux d'étude	261
Tableau 32 : GIR Moyen Pondéré du parc d'établissements pour personnes âgées dans la Région Pays de la Loire	268
Tableau 33 : Entretiens réalisés auprès des services d'aide à domicile agréés qualité des échantillons territoriaux d'observation.....	272
Tableau 34 : Nombre annuel de personnes âgées aidées par les services d'aide à domicile qualité suivant les échantillons territoriaux d'observation.....	272
Tableau 35 : Nombre annuel d'heures travaillées par les services agréés qualité auprès des personnes âgées des échantillons territoriaux d'observation	274
Tableau 36 : Ratios établissements / domicile des bénéficiaires de l'APA selon les départements de la Région Pays de la Loire	283
Tableau 37 : Nombre d'allocataires de l'APA, ratios de bénéficiaires de l'APA et vieillissement des échantillons territoriaux d'observation	284
Tableau 38 : Table des corrélations des variables relatives à la régulation territoriale de l'APA	286
Tableau 39 : Contributions des axes factoriels de l'ACP relative à la régulation territoriale de la dépendance (en %)	292
Tableau 40 : Contributions des variables sur les deux principaux axes factoriels de l'ACP relative à la régulation territoriale de la dépendance.....	293
Tableau 41 : Nombre de personnes âgées aidés dans le cadre de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat (2007)	302
Tableau 42 : Centres Communaux d'Action Sociale interrogées sur leurs dispositifs de lutte contre la pauvreté et la précarité des personnes âgées	307

Tableau 43 : Acteurs qui ont diffusé de l'enquête	312
Tableau 44 : Origine géographique des personnes interrogées	313
Tableau 45 : Types et statuts des diffuseurs	314
Tableau 46 : Personnes âgées interrogées qui vivent seules (en %)	315
Tableau 47 : Modalités de recours à une allocation des personnes âgées interrogées en situation de besoin (en %)	316
Tableau 48 : Type d'aidant parmi les personnes âgées bénéficiant d'une allocation qui se sont fait aider par une tierce personne ou par un service (en % et choix multiples).....	317
Tableau 49 : Modalités de recours à un service des personnes âgées interrogées en situation de besoin (en %).....	319
Tableau 50 : Type d'aidant lors du recours à un service (en % et choix multiples)	320
Tableau 51 : Personnes âgées interrogées faisant appel à un ou plusieurs services de soutien à domicile (en%)	322
Tableau 52 : Tableau des corrélations géographiques des modalités de recours à un service de soutien à domicile.....	323
Tableau 53 : Choix entre plusieurs services	323
Tableau 54 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part de la famille (en %)	325
Tableau 55 : Fréquence des aides familiales (en % de personnes interrogées aidées).....	326
Tableau 56 : Types d'aides apportées par la famille (en % et choix multiples).....	327
Tableau 57 : Localisation des aidants familiaux (en %)	328
Tableau 58 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part d'amis (en %) ..	330
Tableau 59 : Personnes âgées interrogées bénéficiant d'une aide de la part des voisins (en %)	331
Tableau 60 : Table des corrélations des aidants informels.....	334
Tableau 61 : Contributions des axes factoriels de l'ACP relatifs aux interactions territoriales entre les personnes âgées et l'offre gérontologique (en %).....	335
Tableau 62 : Contributions des variables sur les trois principaux axes factoriels de l'ACP relative aux interactions territoriales entre les personnes âgées et l'offre gérontologique	336

Figures :

Figure 1 : Le système d'acteurs gérontologiques territorialisés.....	17
Figure 2 : Vieillesse du territoire, action gérontologique et interactions géographiques .	19

Figure 3 : Etapes de recherche sur les politiques de la vieillesse dans la Région Pays de la Loire	23
Figure 4 : Le vieillissement du territoire : un processus interactionnel	34
Figure 5 : Intérêts de la Classification Hiérarchique Ascendante (CAH)	35
Figure 6 : Les déficiences par type et par âge (en %)	38
Figure 7 : Proportions démographiques des personnes âgées et très âgées dans les départements de la Région Pays de la Loire (en %).....	42
Figure 8 : Proportion de personnes souffrant de difficultés selon le sexe, le groupe d'âge et le type d'handicap	52
Figure 9 : Origine sociale des retraités des départements de la Région Pays de la Loire (en %)	59
Figure 10 : Ecart à la moyenne régionale (18,7 %) des proportions des anciennes catégories socioprofessionnelles supérieures dans la Région Pays de la Loire (en %).....	59
Figure 11 : Le système d'acteurs gérontologiques territorialisés.....	100
Figure 12 : Parcours et évaluation de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA)	122
Figure 13 : Place de l'Etat dans le financement de l'action gérontologique selon les secteurs d'intervention	131
Figure 14 : Partenariats économiques informels entre les acteurs de la dépendance suivant l'intercommunalité d'observation (en %)	159
Figure 15 : Conséquences des politiques gestionnaires sur les institutions, les instances et les acteurs gérontologiques.....	167
Figure 16 : Rapports politiques entre les décideurs gérontologiques.....	176
Figure 17 : Processus de territorialisation des institutions gérontologiques	181
Figure 18 : Rapports au territoire des acteurs gérontologiques locaux	193
Figure 19 : Taux d'équipement hospitalier pour 1 000 habitants dans les départements de la Région Pays de la Loire	212
Figure 20 : Nombre de lits et de place en hospitalisation complète dans les départements de la Région Pays de la Loire	212
Figure 21 : Nombre d'habitants âgés de plus de 65 ans pour un service d'aide à domicile agréé (échantillons territoriaux d'observation)	237
Figure 22 : Structuration de l'offre gérontologique et cadres de régulation territoriale	247
Figure 23 : Effets de la rareté et de la spécialisation sur la répartition géographique de l'offre gérontologique.....	248
Figure 24 : Superposition des cadres et des territoires d'action gérontologique.....	252

Figure 25 : Schéma des interactions géographiques entre les personnes âgées et l'offre hospitalière	259
Figure 26 : Schéma des interactions géographiques entre les personnes âgées et l'offre médicale	263
Figure 27 : Dépenses moyennes en soins infirmiers des personnes âgées	265
Figure 28 : Schéma des interactions entre l'offre médico-sociale au domicile et les personnes âgées	266
Figure 29 : Répartition des résidents en établissements pour personnes âgées de la Région Pays de la Loire suivant les GIR et le mode de gestion des établissements (en %).....	268
Figure 30 : Schéma des interactions entre les établissements gérontologiques et les personnes âgées	270
Figure 31 : Proportions de personnes âgées aidées par un service d'aide à domicile agréé qualité / personnes de plus de 65 et 82 ans (en %).....	273
Figure 32 : Nombre d'heures moyen réalisées par les services d'aide à domicile par personnes âgées aidées	274
Figure 33 : Nombre moyen d'heures travaillées annuellement par les services d'aide à domicile et par personnes âgées aidées	275
Figure 34 : Proportions démographiques des personnes âgées et très âgées aidées dans l'agglomération Nantaise	275
Figure 35 : % personnes âgées aidées par un CLIC dans la population âgée locale (plus de 65 ans)	278
Figure 36 : Part des personnes de plus de 75 ans aidées par un CLIC et origine des demandes (en %)	280
Figure 37 : Schéma des interactions entre les services d'aide à domicile et les personnes âgées	281
Figure 38 : Ratios pour 1 000 personnes de plus de 82 ans de bénéficiaires de l'APA (domicile + établissement).....	283
Figure 39 : Nuages de points de l'ACP relatif à la structuration territoriale de la dépendance	295
Figure 40 : Ratios de personnes âgées aidées par un service de portage de repas à domicile dans les échantillons territoriaux d'observation.....	297
Figure 41 : Ratios de personnes âgées aidées dans le cadre de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat dans les départements des Pays de la Loire.....	303

Figure 42 : Ratios de bénéficiaires du minimum vieillesse / personnes âgées de plus de 65 ans des échantillons territoriaux d'observation	304
Figure 43 : % de personnes âgées interrogées suivant l'âge et la localisation géographique	315
Figure 44 : Interactions locales entre l'offre gérontologique, les aidants et les personnes âgées	339

Photographies :

Photographie 1 : Construction de la maison de retraite médicalisée des « Bords de Sèvre » (Rezé)	151
Photographie 2 : L'implantation de l'ADMR dans les communes rurales	198
Photographie 3 : L'implantation de l'ADMR en ville	199
Photographie 4 : L'ADAR, une association qui adopte des normes commerciales.....	199
Photographie 5 : La concentration des services d'aide à domicile lucratifs en milieu urbain	200

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION GENERALE	10
PARTIE I – QUEL VIEILLISSEMENT POUR QUELS BESOINS GERONTOLOGIQUES DU TERRITOIRE ?	31
INTRODUCTION	32
METHODOLOGIE	33
CHAPITRE I – ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS PASSES ET A VENIR DU VIEILLISSEMENT DU TERRITOIRE REGIONAL	37
1- Un vieillissement plus prononcé dans en milieu rural et sur le littoral	37
a- Conséquences biologiques et sociales du grand âge	37
b- Un vieillissement régional périphérique	39
c- Structuration locale du vieillissement de la population.....	43
2- Pour quelles évolutions passées et à venir ?.....	45
a- Entre 1999 et 2006 : une progression plus forte du nombre de personnes très âgées au sein des espaces les moins vieillis	45
b- Vers une progression démographique du vieillissement et du grand vieillissement dans la Région Pays de la Loire	48
CHAPITRE II – GEOGRAPHIE REGIONALE DES VARIABLES SOCIALES DETERMINANTES DANS LES RUPTURES DE LA VIEILLESSE	50
1- Des femmes qui vieillissent plus longtemps	50
a- Les femmes plus exposées aux ruptures du grand âge	50
b- Une répartition régionale des femmes âgées peu significative.....	53
2- La structuration socio-spatiale des retraités des Pays de la Loire	54
a- Les catégories populaires surexposées à la dépendance.....	54
b- Origines socio-professionnelles et continuum social et économique	55
c- Structuration socio-spatiale des retraités de la Région Pays de la Loire	57
d- Un évitement socio-spatial exacerbé en ville	61
3- Une propension à vivre seul qui croît avec l'âge et plus forte en ville	63
a- Modes d'habitation et dépendance	63
b- Vivre seul à la retraite : les conséquences économiques et sociales	65
c- Des proportions fortes chez les femmes, en Mayenne et en milieu urbain	67
4- Les conditions d'habitation des personnes âgées	71
a- Incapacités et conditions d'habitation	71
b- Typologie des conditions d'habitation des ménages âgés dans la Région Pays de la Loire.....	73
c- Les conditions d'habitation des personnes âgées de l'agglomération nantaise	76

5- Les inégalités de revenus des personnes âgées	78
a- Précarité et pauvreté des personnes âgées : définitions	78
b- Des revenus médians qui baissent avec l'âge et plus élevés en ville et sur le littoral	80
c- Des inégalités de revenus plus fortes dans les intercommunalités urbaines et rurales	83

CHAPITRE III – TYPOLOGIES REGIONALES DES SITUATIONS DE DEPENDANCE ET D'ISOLEMENT AU GRAND AGE

86

1- Typologie régionale des situations de dépendance	86
a- Méthodologie	86
b- Des prédispositions favorables en milieu urbain et péri-urbain	88
c- Le profil moyen et des prédispositions plus forte à la dépendance en milieu rural.....	90
2- Typologie régionale des situations d'isolement au grand âge	93
a- Méthodologie	93
b- Des prédispositions fortes en ville et aux limites rurales de la Région	94
CONCLUSION	98

PARTIE II : L'ACTION GERONTOLOGIQUE ENTRE POLARISATION BIO-MEDICALE ET CONTROLE DES DEPENSES 99

INTRODUCTION	100
--------------	-----

CHAPITRE IV – DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE POLARISEES SECTORIELLEMENT

105

1- Des processus sectoriels d'appartenance-reconnaissance inégaux	105
a- Une appartenance sectorielle des institutions sanitaires forte et assumée	106
b- Des administrations et des caisses de retraites à la recherche de nouveaux équilibres politiques et sectoriels	108
c- Les Conseils Généraux : une identité gérontologique structurée autour de la dépendance.....	110
d- A l'échelle locale, une appropriation sectorielle solidaire du niveau de l'offre.....	112
e- Un dépassement sectoriel inégal localement.....	115
2- Des processus de décision et d'évaluation gérontologique bio-médicaux	119
a- Un héritage socio-professionnel et des volumes d'activités incomparables	119
b- Un alignement médical de l'évaluation gérontologique	121
b- Des processus de planification et de programmation gérontologiques polarisés sectoriellement	124
c- Une reproduction hiérarchique à l'échelle locale.....	127

CHAPITRE V – COMPROMIS ET CONSEQUENCES DES POLITIQUES GESTIONNAIRES

131

1- Entre les financeurs : les conséquences du désengagement de l'Etat	131
a- Des financements et des dotations de l'Etat moindres et sous-contrôles	131
b- Une rigueur économique qui favorise un statut-quo sectoriel.....	134
c- Au-delà des querelles économiques avec l'Etat, un compromis politique	137

2- La tutelle budgétaire comme vecteur de régulation locale de l'offre	142
a- A l'échelle locale, un contexte de rigueur budgétaire qui pèse	143
b- La régulation tutélaire comme forme de négociation entre financeurs et financés	145
c- L'ouverture au secteur privé lucratif comme mode de régulation.....	150
d- L'utilisation opportune du compromis tutélaire-concurrence	152
3- Les rapports entre les financés : entre partenariat, pseudo-concurrence et concurrence	155
a- Une coexistence économique en trompe l'œil	155
b- Des partenariats économiques et locaux plus développés en milieu rural.....	156
c- Des rapports concurrentiels inégaux à l'échelle locale	160
CONCLUSION	166

PARTIE III – POUR QUELS EQUILIBRES ET DESEQUILIBRES GEOGRAPHIQUES ? 168

INTRODUCTION	169
--------------	-----

CHAPITRE VI – LES ENJEUX TERRITORIAUX DE L'ACTION GERONTOLOGIQUE 170

1- Le territoire : un révélateur des inaboutissements politiques	170
a- Des outils de planification et de programmation superposés	170
b- Un partage des décisions sur fond de rivalité entre Etat et collectivités locales.....	172
c- Une reproduction politico-territoriale descendante et verticale	177
2- Pour quelle territorialisation des institutions et des instances gérontologiques ?	180
a- Territorialiser, un impératif.....	180
b- Les cadres territoriaux de l'action gérontologique : entre antagonismes et compromis	183
c- Des maillages et des déconcentrations hétérogènes	186
3- Les politiques institutionnelles à l'épreuve de l'action gérontologique locale	189
a- Une offre locale héritée	189
b- Les acteurs locaux et le vieillissement du territoire : entre adaptation, accessibilité et rentabilité..	191
c- Le territoire, un enjeu économique et politique	196
d- Des marges de manœuvre politiques réinterrogées à l'échelle locale	203
e- Des rapports révélateurs des postures politiques et territoriales des institutions gérontologiques ...	207

CHAPITRE VII – POUR QUELLE REPARTITION ET STRUCTURATION GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE GERONTOLOGIQUE ? 210

1- Répartition et structuration géographique de l'offre gérontologique dans la Région Pays de la Loire	210
a- Une offre hospitalière hiérarchique et inégale entre les départements	210
b- Des médecins libéraux concentrés en ville	213
c- Un développement de l'offre d'hébergement hétérogène et inégal	218
d- Une répartition clivée des services médico-sociaux au domicile	231
e- Une structuration géographique des services d'aide à domicile en trompe l'œil	235
f- Une offre de services de proximité inégale sur le territoire	237
g- L'offre de services auprès des personnes âgées en situation de fragilité économique	241
h- Inégalités des couvertures territoriales des CLIC.....	242

2- Au final, une offre gérontologique inégale et déstructurée sur le territoire	246
a- Des cadres de régulation distincts sources d'inégalités.....	246
b- Un développement sectoriel source de dispersion géographique.....	248
c- Des cadres et des territoires d'actions gérontologiques superposés qui fragilisent la coordination .	250

CONCLUSION	253
------------	-----

PARTIE IV - LES REGULATIONS LOCALES ENTRE L'OFFRE ET LES PERSONNES AGEES 254

INTRODUCTION	255
--------------	-----

CHAPITRE VIII – LES INTERACTIONS GEOGRAPHIQUES ENTRE L'OFFRE GERONTOLOGIQUE ET LES PERSONNES AGEES 256

1-Sur le champ sanitaire : des demandes qui s'adaptent à l'offre	256
a- Des demandes qui s'adaptent à la hiérarchisation spatiale de l'offre hospitalière	256
b- Une consommation médicale des personnes âgées solidaire des concentrations spatiales de médecins	260
2- Des activités à destination des personnes âgées dépendantes hétérogènes sur le territoire	264
i. Les activités de soins au domicile	264
b- Une multiplication de l'offre d'accueil source d'inégalités.....	267
c- Des demandes auprès des services d'aide à domicile solidaires de la concentration spatiale de l'offre	271
d- Des demandes auprès des CLIC qui varient selon l'ancienneté et la couverture territoriale	278
3- Les régulations géographiques de la dépendance	281
a- Des niveaux d'activités d'aide à domicile solidaires de la répartition territoriale de l'offre.....	281
b- L'évaluation territoriale de l'APA	282
c- L'APA, un régulateur local de l'action gérontologique	285
d- L'APA adapté aux besoins territoriaux de la dépendance.....	288
e- Une régulations structurées autour du binôme domicile/établissements et des densités démographiques.....	290
4- Une offre de proximité et sociale inégalement développée pour des demandes inégales	296
a- Les services de portage de repas à domicile	296
b- Les services de transports à destination des personnes âgées	298
c- Des demandes d'amélioration et l'adaptation de l'habitat polarisées ?	302
c- Le minimum vieillesse : une allocation en recul et adaptée géographiquement	304
d- Les interactions entre les CCAS et les associations dans un contexte de croissance des demandes des personnes âgées	306

CHAPITRE IX – POUR QUELLES REGULATIONS SPATIALES EN SITUATION DE BESOIN ? 310

1- Objectifs et méthodologie de l'enquête	310
a- Objectifs de l'enquête	310
b- Méthodologie et diffusion de l'enquête	311
c- Le public interrogé	314
2- Des modalités de recours dépendantes des conditions de vieillesse et du niveau local de l'offre	316
a- Les modalités de recours à une allocation (APA et minimum vieillesse)	316
b- Les modalités de recours à un service	318
c- Des liens avec la structuration spatiale de l'offre gérontologique.....	321

3- Des solidarités informelles inégales localement	324
a- Une aide de la famille moins forte en ville et dans les zones rurales en déprise	324
b- Une aide des amis et des voisins plus élevée en ville.....	330
4- Pour quelles régulations locales ?	333
a- Une « régulation familiariste » qui s'estompe en ville.....	333
b- Des régulations dépendantes de la diversité et du niveau local de l'offre.....	335
CONCLUSION	341
CONCLUSION GENERALE	343
 BIBLIOGRAPHIE	 351
LISTE DES ENTRETIENS	365
TABLES DES ILLUSTRATIONS	374
TABLE DES MATIERES	382
ANNEXES	387

ANNEXES



ETUDE CONCERNANT LES RAPPORTS ENTRE LES PERSONNES AGEES ET LES SERVICES GERONTOLOGIQUES

mars – avril 2008

L'université d'Angers et le CNRS mènent actuellement une enquête sur les rapports entre les personnes âgées et les services d'aides (aides à domicile, soins infirmiers, services à la personne, portage de repas, adaptation de l'habitat...). Cette enquête menée auprès des personnes âgées de la région a pour but de mieux connaître les demandes médicales et sociales des personnes âgées. En accord avec votre service d'aide, je me permet de vous adresser un questionnaire sur votre connaissance et votre appréhension des différents services répondant aux besoins des personnes âgées.

Le questionnaire est disposé au recto et au verso des deux pages et nécessite entre 10 et 15 minutes d'attention. Pour le remplir, si vous le désirez, vous pouvez demander l'aide du personnel qui vous aide ou bien l'aide d'amis ou de membres de votre famille. Les données ainsi récoltées, permettront de connaître la nature des rapports entre les demandes médicales/sociales des personnes âgées et les services pour personnes âgées présents à l'échelle locale. De plus, grâce à vos avis et à partir des résultats de l'enquête, des recommandations auprès des acteurs gérontologiques et politiques pourront ainsi être élaborées afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées sur le territoire.

Avant de remplir ce questionnaire, je tiens à vous préciser que :

- que vous avez pour consigne de répondre aux questions auxquelles vous pouvez et souhaitez répondre.
- que les réponses sont anonymes et confidentielles.

En vous remerciant par avance.

Mickaël Blanchet, Université d'Angers
Responsable de l'enquête

retour du questionnaire

- vous pouvez rendre le questionnaire au personnel ou au service qui vous l'a donné ou
- vous pouvez me renvoyer directement le questionnaire à l'une de ces adresses :

Mickaël Blanchet – Doctorant Géographie
73, rue de la Commune de Paris de 1871
44 400 – Rezé

ou

Mickaël Blanchet
CARTA - Maison des Sciences de l'Homme
boulevard Lavoisier
49 045 – Angers

I- LES MODALITES DE RECOURS

1. Bénéficiez vous d'une ou plusieurs allocations d'aide spécifiques à destination des personnes retraitées (par exemple : APA, minimum vieillesse...)?

oui non

2. Si oui, laquelle/lesquelles?

3. Comment avez vous fait pour obtenir votre allocation d'aide spécifique aux personnes retraitées?

l'administration(s) qui vous verse(nt) l'allocation(s) (Conseil Général, CLIC, CCAS, caisses de retraites...)

vous a(ont) contacté

vous vous êtes directement adressé à(aux) l'administration(x) qui versent les allocations

d'autres personnes ou organismes vous ont conseillé et aidé (famille, amis, médecins...)

4. Si vous avez été conseillé et aidé dans votre demande par un organisme ou une personne, quel(s) personne(s) et/ou organisme(s), précisément, vous a(ont) aidé?

5. Faites vous appel à un ou plusieurs services d'aide prévus pour les personnes retraitées (par exemple : aide à domicile, service à la personne, portage de repas, soins infirmiers, téléalarme...)?

un seul plusieurs

6. Si oui, le(s)quel(s)?

7. Où est(sont) il(s) localisé(s)?

quartier (pour Nantes et Cholet) commune voisine au delà d'une commune voisine

8. Avez vous eu le choix entre plusieurs services?

oui non

9. Si oui, quels critères ont guidé votre choix?

10. Si vous faites appel à un service spécifique pour personnes retraitées, comment avez vous eu recours à ce(s) service(s)?

le service(s) vous a(ont) directement contacté

vous vous êtes directement adressé au(x) service(s)

d'autres personnes ou organismes vous ont conseillé et aidé (famille, amis, médecins...)

11. Si vous avez été conseillé et aidé dans votre demande par un organisme ou une personne, quel(s) personne(s) et/ou organisme(s), précisément, vous a(ont) aidé?

II- LE ROLE DE L'ENTOURAGE FAMILIAL EN SITUATION DE BESOIN

12. Recevez vous de l'aide de la part de membres de votre famille?

oui non

13. Si oui, vous aide(nt) il(s) régulièrement?

oui non

14. Si oui, quel(s) type(s) d'aide vous apporte(nt)-il(s)?

15. Si oui, quel(s) membre(s) de votre famille vous aide(nt) le plus régulièrement?

16. Où habite(nt) ce(s) membre(s)?

III- LE ROLE DES PAIRS ET DES VOISINS EN SITUATION DE BESOIN

17. Recevez vous de l'aide de la part d'amis?

oui non

18. Si oui, vous aide(nt) il(s) régulièrement?

oui non

19. Si oui, quel type d'aide vous apporte(nt) il(s)?

20. Si oui, où habite(nt) il(s)?

21. Recevez vous de l'aide de la part de vos voisins?

oui non

22. Si oui, vous aide(nt) il(s) régulièrement?

oui non

23. Si oui, quel type d'aide vous apporte(nt) il(s) ?

IV- VOTRE PROFIL

24. Quel est votre âge?

65-70 ans 70-75 ans 75-80 ans 80-85 ans 85-90 ans plus de 90 ans

25. votre sexe

homme femme

26. dans quelle commune habitez vous (pour Nantes et Cholet, quel quartier)?

27. Quelle est votre ancienne profession (ou celle de votre conjoint)?

28. Vivez vous seul(e)?

oui non

29. Dans quel type de logement habitez vous?

ferme pavillon appartement autre

30. Etes vous propriétaire de votre logement?

oui non

31. Depuis quand habitez vous le logement que vous occupez actuellement?

depuis plus 50 ans depuis 30-50 ans depuis 10-30 ans

depuis moins de 10 ans depuis moins de 5 ans

32. Bénéficiez vous du minimum vieillesse?

oui non

Une maison de retraite en projet à la Morinière



Le nouvel établissement et ses 85 places, prévu rue Claude-Gauluë, viendra compléter l'offre actuelle de 395 lits à Rezé.

Cabinet Haumont-Rattier

Un projet d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de 85 places doit voir le jour d'ici 2010.

Un sixième établissement de 85 places. La fondation CeMaVie, émanation du Crédit mutuel, va construire une nouvelle maison de retraite à Rezé. Cet établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad) doit sortir de terre dans le quartier de la Morinière, rue Claude-Gauluë.

« Sur le nombre de places proposées, deux unités plus spécifiques de 14 chambres chacune seront aménagées, complète Gérard Le Maulf, directeur de CeMaVie. Une sera consacrée aux personnes dépendantes psychiques, notamment atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'autre sera dédiée aux résidents souffrant de dépendance physique ».

Le projet prévoit également dix places d'accueil de jour et temporaire. L'établissement fonctionnera avec 43 employés, allant du personnel de vie à celui affecté aux soins.

Un projet à 10 millions d'euros

Le chantier, confié au bailleur social Atlantique habitations, doit commencer en septembre prochain. *« Les formalités sont en cours de finition, se réjouit Gérard Le Maulf. Nous travaillons en étroite collaboration avec les services sociaux du Conseil général et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) ».* La préfecture devrait accorder un forfait soins, soit des prestations financées par l'État. Une procédure déjà engagée et pour laquelle CeMaVie a le soutien du maire de Rezé. Gilles Retière indique d'ailleurs s'être entretenu à ce sujet avec le préfet et restera *« vigilant »* quant au suivi du dossier.

Cette nouvelle maison de retraite, dont le coût est estimé à 10 millions d'euros, viendra compléter l'offre actuelle de 395 places proposées à Rezé. Elle représentera aussi la première réalisation de CeMaVie en Loire-Atlantique. La fondation regroupe le Crédit mutuel de Loire-Atlantique et du Centre Ouest (Laco*) et des acteurs sociaux, comme des associations qui travaillent dans le maintien à domicile. « *Le Crédit mutuel voulait s'engager dans des projets en lien avec le vieillissement de la population, explique Gérard Le Maulf. Cette fondation, reconnue d'utilité publique par l'État, a donc été créée mais reste indépendante. La banque ne fait que contribuer à son financement.* »

Etienne Mvé-Le Gall

(*) Implanté en Loire-Atlantique, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne, Creuse et Corrèze.

CONSEIL GENERAL DE LOIRE-ATLANTIQUE

120 habitants de l'agglomération nantaise ont répondu présents à l'invitation du Conseil général qui organisait le 1er juin, à Rezé, sa deuxième Rencontre du Département sur le territoire métropolitain. Thème choisi pour ce rendez-vous, la politique Personnes âgées a suscité l'intérêt de la salle.

Le Conseil général en action à Nantes Métropole

Située au Sud de Nantes, Rezé est l'une des 24 communes qui composent le territoire de Nantes Métropole. Ce bassin de vie particulièrement dense concentre près de la moitié de la population de Loire-Atlantique. Comme ailleurs, le Conseil général y assure ses missions : PMI (protection maternelle et infantile), RSA, allocation personnes âgées et handicapées, collèges..., 1200 agents départementaux accompagnent dans leur quotidien les habitants de l'agglomération nantaise. Et 90 M€ ont été attribués aux projets métropolitains depuis 2005 via les deux contrats de territoires signés avec Nantes Métropole.

Département à part

Bien que la Loire-Atlantique ne déroge pas au phénomène de vieillissement de la population, elle fait partie des quelques départements où la part des moins de 20 ans est encore supérieure à celle des plus de 60. Et c'est particulièrement vrai au sein de l'agglomération nantaise. Pourtant, le schéma gérontologique 2006-2010, essentiel à la définition des besoins réels de la population, a montré que le territoire de Nantes Métropole était particulièrement **déficitaire en nombre de places** dans les maisons de retraite. « Aujourd'hui on dit EHPAD, précise Gérard Mauduit, vice-président en charge des Personnes âgées, dépendances et handicap, un mot un peu barbare qui signifie Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Mais peu importe le mot, avec **40 % des personnes âgées** installées dans l'agglomération nantaise, nos priorités étaient claires : permettre à ces personnes d'avoir, si elles le désiraient, une place en établissement sur leur territoire habituel de vie. »

Travaillant de concert avec les communes de la métropole pour choisir les terrains et avec l'État pour obtenir la part médicalisée des EHPAD, le Département a permis la création de 1800 places depuis 2006, dont 550 verront le jour d'ici à trois ans.

Quelles perspectives dans un contexte difficile ?

Membre de Mutualité Retraite, une habitante s'inquiète de l'avenir des projets d'EHPAD à Sautron, Nantes et Thouaré-sur-Loire avec la suppression annoncée, sur ordre de l'État, d'une importante instance de décision en la matière, le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Expliquant que la loi imposera le suivi des orientations du schéma gérontologique du Département, Gérard Mauduit précise toutefois que les Agences régionales de santé créées récemment par l'État auront le droit de faire des appels d'offres : ce système pourrait faire émerger des projets moins chers à la construction mais privés et donc hors du cadre fixé par le Conseil général et ses partenaires, qui proposent des tarifs de journée moyens (autour de 45 €) et une égalité de services au sein des établissements, quels que soient les moyens des résidents.

Des coûts difficiles à assumer

Félicité pour sa politique par différents intervenants, le Département reste préoccupé par le fait que de plus en plus de familles ne puissent assumer le coût d'une installation en EHPAD, malgré le versement de l'APA

(Allocation personnalisée d'autonomie). « Nous avons mis en place **le recours à l'aide sociale**, remboursable sur la succession, mais il est clair que les trois sources de financements de la politique personnes âgées en France ne sont pas adaptées aux besoins. » « Comment feront nos enfants pour payer leur dépendance, s'interroge un habitant d'une soixantaine d'années, alors qu'ils seront moins privilégiés que notre génération ? »

Continuer à vivre chez soi

Deuxième volet de la politique Personnes âgées, le maintien à domicile a également fait l'objet d'interrogations, notamment sur l'isolement. « C'est essentiel, a expliqué Gérard Mauduit, et nous avons un projet avec le service civique pour que des associations puissent visiter, « à domicile » des personnes âgées isolées. Mais il n'est pas question de faire appel à des services tarifiés pour maintenir ou créer du lien social : ce n'est pas dans notre philosophie. » Un point de vue partagé par Patrick Mareschal, Président du Conseil général : « Nous avons lancé un appel à projet « **Une idée pour plus de solidarité** », afin de susciter l'engagement citoyen et il s'avère que plusieurs projets de cet ordre nous ont été proposés. Citoyens et institutions doivent se pencher sur ces questions, afin de coproduire la solidarité nécessaire à notre société. »

**LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE COOPERATION
INTERCOMMUNALE A FISCALITE PROPRE
EN LOIRE-ATLANTIQUE**
(Situation au 1er janvier 2008)

